

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO JOVEM ADULTO EM AMBIENTE RECREATIVO

Márcia Andreia Fontes Ferreira

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Irma da Silva Brito apresentada
para a obtenção do grau de Mestre em
Intervenção em Comportamentos de Risco

Coimbra, Abril de 2010

AGRADECIMENTOS

Esta investigação insere-se no conjunto de estudos que se estão a desenvolver no âmbito do projecto de investigação-acção Antes que te Queimes da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem [HESC-Centro-Coimbra-742], acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que tem por missão desenvolver a investigação científica em Ciências da Saúde, especificamente no domínio da enfermagem.

À orientadora, Professora Doutora Irma da Silva Brito, pela sua disponibilidade, pela experiência de aprendizagem que me proporcionou, através dos seus ensinamentos e empenho facultado.

À Enfermeira Aliete Cunha Oliveira pela cedência da escala de embarço.

A todos os jovens do Atelier de Expressividade que fazem intervenção no âmbito do projecto Antes que te Queimes.

À Filipa Homem por todas as horas que dedicou à introdução dos dados.

À Diana Agante, Joana Grácio e Márcia Santos todas as suas palavras de incentivo e motivação.

Ao sogro, sogra e padraсто pelas muitas horas que se dedicaram a cuidar dos meus filhos que me permitiram o desenvolver desta caminhada.

Ao Martim por ser um bebé perfeito e ao Luís André por ser uma criança especial.

Ao marido por ser meu cúmplice em todos os momentos da nossa vida.

A todas as pessoas que através do seu contributo directo ou indirecto me ajudaram e impulsionaram nesta caminhada.

À minha querida mãe, sem ela nada seria possível.

RESUMO

Apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, as IST's continuam a ser um grave problema de saúde pública, quer a nível nacional como no mundo. Os ambientes recreativos facilitam o conhecimento de parceiros sexuais e falhas na adesão à medidas de protecção sexual. Este estudo descritivo-correlacional pretendeu investigar quais os factores determinantes da não adesão às medidas de protecção sexual, por parte dos estudantes do ensino superior frequentadores de festas académicas uma vez que a transmissão de IST's tem aumentado e a prevalência do uso consistente do preservativo está muito aquém do esperado. Para responder à questão de investigação foram analisados os factores determinantes da adesão ou da não adesão às medidas de protecção, pelos estudantes do ensino superior: as características individuais (género, idade, curso que frequenta, número de matrículas e festas frequentadas), padrão de consumo de bebidas alcoólicas em contexto recreativo (alcoolemia, frequência de noites em que ficou embriagado e dinheiro gasto por noite), auto-percepção do risco e embaraço ligado ao uso de preservativo (*Escala do Embaraço Ligado ao Uso do Preservativo* de Vail-Smith & Durham (1992), aferida e testada para português por Oliveira et al (2006). Participaram 572 estudantes do ensino superior, frequentadores da Queima das Fitas de Coimbra, que responderam a um formulário durante o aconselhamento par a par do projecto Antes que te Queimes. Com média de idades de 21.4 ± 2.6 anos, 60.3% (343) são do sexo masculino e 39.7% (227) são do sexo feminino. Das principais conclusões deste estudo emerge que os estudantes que mais gastam são os que mais bebem e os que mais bebem são os que mais frequentam as festas e mais fazem sexo desprotegido com mais parceiros e sob o efeito do álcool. São, também, estes que referem já mais terem utilizado o preservativo (de forma inconsistente) e que apresentam maior auto-percepção do risco (que parece não ser suficiente, por si só, para alterar os comportamentos). Os resultados permitem concluir que o género, a idade, o número de festas frequentadas, o número de matrículas, a existência de auto-percepção do risco, o embaraço na negociação e utilização do preservativo e o padrão de consumo na festa (sobretudo elevados níveis de alcoolemia, proporção de noites em que ficou embriagado na última festa académica e gasto por noite) são determinantes da não adesão às medidas de protecção sexual, nos estudantes do ensino superior frequentadores de festas académicas.

Palavras-chave: estudante do ensino superior; adesão às medidas de protecção sexual; padrão de consumo de álcool; embaraço no uso do preservativo.

SUMMARY

Despite all the scientific and technological advances, the STIs remain a serious public health problem, both nationally and worldwide. The recreational events facilitate occasional sexual partners and failure to comply with sexual protective measures. This descriptive-correlational research aimed to study the determinants of non compliance to sexual protective measures, by university students who went to academic parties because the transmission of STIs has increased and the prevalence of consistent condom use is far than expected. As determinants it was analyzed: individual characteristics (gender, age, course they attend, parties attended), standard alcohol consumption in recreational settings (alcohol, frequency of nights drunken and money spent per night), self-perception of risk and embarrassment related to condom use (Embarrassment Scale Linked to Condom Use Vail-Smith & Durham (1992), tested to Portuguese by Oliveira et al (2006).

Sample of 572 students attending Coimbra's student party, who answered a questionnaire during the peer to peer counselling project Before you get burnt. Mean age of 21.4 ± 2.6 years, 60.3% (343) are male and 39.7% (227) are female. The main conclusions from this study stated that students who spend more are the ones who drink and those who drink most are the ones who attend the festival and more unprotected sex with more partners and under the influence of alcohol. Moreover, there are those that relate most already having used condoms (inconsistently) that have higher self-perceived risk (which seems to be insufficient by itself to change behaviour). The results suggest that gender, age, number of parties attended, consumption pattern in the party (especially high levels of alcohol, proportion of nights when he was drunk at the last party academic and spent a night) and embarrassment in negotiating condom use are determinants of non compliance to sexual protective measures, by university students who went to academic parties.

Keywords: university student; compliance to sexual protective measures, pattern of alcohol consumption; embarrassment on condom use.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
SIGLAS.....	11
0. INTRODUÇÃO	12
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. O COMPORTAMENTO SEXUAL NOS JOVENS ADULTOS	16
1.1. Sexualidade	17
1.2. Sexualidade no jovem adulto	21
1.3. A motivação, o desejo e o impulso	28
1.4. Sexualidade e contexto social	32
1.5. Comportamento sexual dos jovens no ensino superior	36
1.6. Comportamentos de risco.....	39
2. SEXUALIDADE RESPONSÁVEL	51
2.1. ABC da sexualidade	52
2.2. Saúde sexual	58
3. SEXUALIDADE E CONTEXTOS RECREATIVOS.....	62
II INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	67
1. MATERIAL E MÉTODOS	67
1.1. Objectivos e questões de investigação	67
1.2. Operacionalização das variáveis	70
1.2.1. Caracterização	70
1.2.2. Comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual	70
1.2.3. Embarço ligado ao uso do preservativo.....	72
1.2.4. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas.....	72
1.2.5. Auto-percepção do risco.....	74
1.3. População e amostra.....	74
1.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados	75
1.5. Procedimentos estatísticos.....	77

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
2.1. Caracterização	80
2.2. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas.....	81
2.3. Comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual.....	84
2.4. Embarço ligado ao uso do preservativo.....	89
2.5. Auto-percepção do risco.....	91
2.6. Análise inferencial.....	93
CONCLUSÃO	112
BIBLIOGRAFIA	120
ANEXOS	129
Anexo I – Formulário	130
Anexo II - Motivo pelos quais os rapazes evitaram relações sexuais ocasionais nos últimos 6 meses	132
Anexo III - Motivo pelos quais as raparigas evitaram relações sexuais ocasionais nos últimos 6 meses.....	134

Índice de Quadros

Quadro 1 - Teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), medidas de tendência central e análise inferencial sobre as dimensões padrão de consumo de bebidas alcoólicas, embarço e adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes inquiridos.....	78
Quadro 2 - Medidas de tendência central e análise inferencial sobre as dimensões do padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes inquiridos.....	81
Quadro 3 - Modos como bebem no decorrer da festa académica os estudantes inquiridos.....	81
Quadro 4 - Motivos para ficar embriagado nos estudantes inquiridos	82
Quadro 5 - Itens do teste CAGE nos estudantes inquiridos.....	83
Quadro 6 - Consumo excessivo de álcool/necessidade de ir ao hospital nos estudantes inquiridos.....	84
Quadro 7 - Incapacidade para o trabalho ou frequência das aulas, no dia seguinte nos estudantes inquiridos	84
Quadro 8 - Alteração dos consumos após ir ao hospital nos estudantes inquiridos.....	84
Quadro 9 - Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses nos estudantes inquiridos.....	85
Quadro 10 - Teste VIH/Sida nos estudantes inquiridos.....	86
Quadro 11 - Posse e uso de preservativos nos estudantes inquiridos	87
Quadro 12 - Sexo desprotegido nos últimos 6 meses, com 2 ou mais parceiros nos estudantes inquiridos	88
Quadro 13 - Frequência de sexo sob o efeito do álcool nos últimos 6 meses nos estudantes inquiridos	88
Quadro 14 - Adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes inquiridos.....	89
Quadro 15 - Embarço ligado ao uso do preservativo e respectivas dimensões nos estudantes inquiridos	90

Quadro 16 - Comportamento sexual <i>versus</i> risco de ser infectado por VIH/Sida ou outras IST nos estudantes inquiridos	92
Quadro 17 - Risco de contrair IST <i>versus</i> sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses, nos estudantes inquiridos.....	92
Quadro 18 - Risco de contrair IST <i>versus</i> sexo desprotegido sob o efeito do álcool nos últimos seis meses nos estudantes inquiridos	93
Quadro 19 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual <i>versus</i> caracterização e género dos estudantes inquiridos.....	94
Quadro 20 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual <i>versus</i> auto-percepção do risco e género dos estudantes inquiridos	100
Quadro 21 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual <i>versus</i> embarço ligado ao uso do preservativo e género dos estudantes inquiridos	102
Quadro 22 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual <i>versus</i> padrão de consumo de bebidas alcoólicas.....	104

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Alcoolemia por género nos estudantes inquiridos.....	82
Gráfico 2 - Adesão às medidas de protecção sexual por género nos estudantes inquiridos.....	89
Gráfico 3 - Embaraço ligado ao uso do preservativo por género nos estudantes inquiridos.....	90
Gráfico 4 - Abstinência ou fidelidade sexual <i>versus</i> idade e género nos estudantes inquiridos.....	95
Gráfico 5 - Sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses <i>versus</i> idade e género nos estudantes inquiridos.....	96
Gráfico 6 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> idade e género nos estudantes inquiridos.....	96
Gráfico 7 - Utilização do preservativo <i>versus</i> número de matrículas no ensino superior e género nos estudantes inquiridos.....	97
Gráfico 8 - Sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros <i>versus</i> número de matrículas no ensino superior e género nos estudantes inquiridos.....	98
Gráfico 9 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> número de matrículas no ensino superior e género nos estudantes inquiridos.....	98
Gráfico 10 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> número de festas frequentadas e género nos estudantes inquiridos.....	99
Gráfico 11 - Autopercepção do risco <i>versus</i> adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes masculinos inquiridos.....	101
Gráfico 12 - Autopercepção do risco <i>versus</i> adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes femininos inquiridos.....	101
Gráfico 13 - Ter feito teste VIH em 2009 <i>versus</i> embaraço no uso do preservativo e género nos estudantes inquiridos.....	103
Gráfico 14 - Ter utilizado preservativo <i>versus</i> embaraço na negociação do preservativo e género nos estudantes inquiridos.....	103

Gráfico 15 - Abstinência ou fidelidade sexual <i>versus</i> UBP, alcoolemia real e gênero nos estudantes inquiridos.....	105
Gráfico 16 - Abstinência ou fidelidade sexual <i>versus</i> média de embriaguez e gênero nos estudantes inquiridos.....	106
Gráfico 17 - Abstinência ou fidelidade sexual <i>versus</i> quanto gasta em média por noite e gênero nos estudantes inquiridos	107
Gráfico 18 - Ter usado preservativo <i>versus</i> UBP e gênero nos estudantes inquiridos	107
Gráfico 19 - Sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses <i>versus</i> quanto gasta por noite e gênero nos estudantes inquiridos	108
Gráfico 20 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> UBP e gênero nos estudantes inquiridos	109
Gráfico 21 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> alcoolemia real e gênero nos estudantes inquiridos.....	109
Gráfico 22 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> média de noites em que ficou embriagado e gênero nos estudantes inquiridos	110
Gráfico 23 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool <i>versus</i> quanto gasta em média por noite e gênero nos estudantes inquiridos.....	111

SIGLAS

ABC - Abstinence, Being Faithful, Condom Use

APF - Associação de Planeamento Familiar

CAGE - Cut Down, Annoyed By Criticism, Guilty and Eye-Opener

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGIDC - Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

GTES - Grupo de Trabalho de Educação Sexual

IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência

IREFREA - Instituto Europeu de Investigação de Factores de Risco e Protecção de Crianças e Adolescentes

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LSD - D-Lysergic Acid Diethylamide

MDMA - Metilenodioximetanfetamina (Ecstasy)

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

Sida - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UBP - Unidades de Bebida Padrão

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

YRBS - Youth Risk Behavior Survey

0. INTRODUÇÃO

Adolescentes e jovens apresentam comportamento sexual que os leva a envolverem-se em relações sexuais de risco, podendo infectarem-se com uma IST ou engravidar. Parte destes riscos está associada à equivocada percepção dos mesmos, ao insuficiente conhecimento sobre formas de se proteger e à incapacidade de pô-las em prática (Moreira, 2002).

As práticas sexuais dos indivíduos e a importância que estas podem ter para o seu bem-estar e qualidade de vida têm merecido a atenção de diversos autores das ciências sociais e humanas sendo que a sexualidade tem progressivamente vindo a tornar-se numa das áreas chave para a compreensão de diversos fenómenos que ocorrem no tecido social (Nodin, 2001).

A definição da OMS sobre a sexualidade manifesta a complexidade do tema: “A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia, também, a nossa saúde física e mental”.

A sexualidade humana, considerada como assunto do foro íntimo, passa a ser encarada como aspecto fundamental da formação integral do ser humano.

A sexualidade humana envolve componentes morfológicas, fisiológicas, emocionais, afectivas e culturais (Rodrigues, 2008).

Deixa de ser sinónimo de reprodução e passa a compreender outras vertentes como afectos, comunicação, companhia, partilhas, reprodução, amizade entre tantos outros (Costa, 2006).

Na sociedade, o sexo não é visto como algo proibido mas como uma necessidade.

Para Oliveira (2008), os padrões que regem o comportamento sexual dos jovens têm-se modificado e para estas transformações contribuíram factores como o aparecimento dos contraceptivos hormonais, a democratização e alongamento do ensino, a perda de influência das religiões convencionais, a alteração do modelo familiar e do modelo de relacionamento interpessoal.

Neste sentido, pode-se verificar que as atitudes pessoais e crenças, dos jovens, no que respeita a aspectos específicos de sexualidade, revestem-se de particular importância uma

vez que podem influenciar a saúde dos indivíduos e também a sua integridade (Nodin, 2001).

O comportamento sexual dos jovens é uma das principais preocupações da saúde pública internacional e nacional uma vez que, os comportamentos sexuais de risco têm sido identificados como uma das principais causas associadas à mortalidade, morbilidade e problemas sociais dos mesmos (Dias, 2009).

Simões (2007) sublinha que muitos jovens estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades entre outras consequências negativas para a saúde. As causas de morbilidade e mortalidade não são já de origem biomédica mas estão associadas aos factores de ordem social, do envolvimento e comportamental.

É salientado por Oliveira (2008) que em muitas regiões do mundo os novos casos de infecção por VIH surgem principalmente no grupo de jovens dos 15 aos 24 anos.

Aos jovens, tem sido atribuída particular relevância no âmbito da prevenção do VIH/Sida, atendendo aos comportamentos sexuais de risco que geralmente praticam como o uso inconsistente do preservativo, duração dos relacionamentos e prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Dias, 2009).

Estes comportamentos, associados ao consumo de drogas e álcool, são os factores mais importantes no contágio da infecção pelo VIH (Calafat, 1999).

Calafat (2001) refere ainda que os ambientes de diversão nocturna são locais onde os jovens passam muito tempo e onde tomam decisões que afectam directamente a sua saúde.

Os investigadores têm, então, alargado os seus modelos de compreensão do comportamento sexual dos jovens, incorporando as principais influências inerentes ao contexto onde se desenvolvem (Dias, 2009).

Neste sentido, a influência do contexto ambiental onde as tomadas de decisão ocorrem, deve ser valorizada e incluída em programas de prevenção e promoção da saúde. Apesar de vários autores recomendarem intervenções que devem ter em conta “a ecologia comportamental” em que as comunidades estão inseridas e serem adequadas às necessidades das populações-alvo, poucas são as intervenções que envolvem os indivíduos e as suas comunidades. Focam-se fundamentalmente em factores individuais o que limita a compreensão das associações a todos os factores envolvidos (Dias, 2009).

Bellis (2008) refere que o álcool e as drogas expõem milhões de jovens para consumos habituais de substâncias que alteram as suas decisões ao nível sexual, aumentando o risco de sexo desprotegido. Para muitos, o uso de substâncias tornou-se parte integrante da sua estratégia para ter sexo, levando-os ao seu uso continuado.

Os jovens continuam a valorizar os efeitos sexuais do álcool: redução da inibição, moldando o julgamento e consequentemente promovendo o comportamento sexual e facilitando as relações sexuais: usam o álcool e outras drogas com objectivos puramente sexuais.

Todos os factores anteriormente mencionados, aliados ao interesse pessoal e vida profissional do investigador, deram lugar à problemática inerente a este trabalho de investigação: “Comportamentos sexuais de risco do jovem adulto em ambiente recreativo”.

Com a realização deste trabalho pretende-se aumentar os conhecimentos e prática no domínio da investigação bem como aumentar os conhecimentos no âmbito da sexualidade, comportamentos sexuais e promoção da saúde sexual.

De igual forma se aspira, também, a que este trabalho contribua para o conhecimento das determinantes dos comportamentos sexuais de risco adoptados pelo jovem estudante na festa académica.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas partes fundamentais: a primeira parte refere-se à fase de pesquisa bibliográfica, onde são apresentados os aspectos teóricos de especial interesse; a segunda parte resume a investigação, sendo apresentadas as características particulares desta investigação, os resultados e a sua discussão.

O primeiro momento inclui três capítulos que se revelarão fulcrais para o desenvolvimento do estudo. Para um melhor entendimento da problemática dos “comportamentos sexuais de risco do jovem adulto em ambiente recreativo”, optou-se por desdobrar alguns conceitos para o melhor analisarmos. Assim, no primeiro capítulo abordaremos o comportamento sexual nos jovens adultos interligando-os com a motivação, o desejo e o impulso, sexualidade e contexto social e comportamentos de risco. No segundo capítulo abordaremos os conceitos de sexualidade responsável e saúde sexual. Será salientada a importância do ABC da sexualidade. Entraremos no terceiro capítulo com a contemplação da sexualidade em contextos recreativos.

Na segunda parte deste trabalho será apresentado o desenho de investigação e metodologia. Esta parte resume-se a dois capítulos que se encontram organizados por subdivisões: inicia-se com a explanação das questões orientadoras do estudo e classificação do mesmo. Seguidamente caracteriza-se a população alvo/amostra do estudo e o instrumento de recolha de informação. Numa fase mais avançada, ocorre a apresentação do tratamento dos dados obtidos com consequente interpretação e discussão dos resultados.

Finalmente nas conclusões tecer-se-ão algumas considerações relativamente à primeira parte da dissertação e os resultados obtidos com o estudo. Avançam-se ainda com algumas sugestões para ultrapassar a problemática em causa e serão lançados alguns desafios para futuras investigações.

Espera-se que este trabalho, enquadrado no Mestrado de Intervenção em Comportamentos de Risco seja aliciante. Reúnem-se todos os esforços para atingir os objectivos propostos, esperando desde já que incorpore informações relevantes à implementação de projectos de promoção da saúde consistentes e credíveis, com especial atenção no domínio da educação sexual.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O COMPORTAMENTO SEXUAL NOS JOVENS ADULTOS

Talvez uma das primeiras questões que se coloca, quando se pensa em caracterizar o jovem dos 18 aos 21 anos, do ponto de vista do desenvolvimento, seja saber se se está perante um adolescente ou um adulto. A literatura revela que as opiniões se dividem. Sabe-se que a idade é um simples indicador da fase de desenvolvimento em que o indivíduo poderá (e não terá) de se encontrar. Contudo, o que com esta discussão se pretende não é determinar a idade precisa a partir da qual se é adulto, mas antes constatar que, se não existem grandes dúvidas em classificar os que têm 6 anos como crianças, os que têm 15, como adolescentes e os que têm 40 como adultos, o mesmo não sucede quando se classificam os jovens entre os 18 e os 21 anos. Nesta situação, as respostas dividem-se entre “adolescentes mais “velhos” e “jovens adultos” (Gonçalves, 2004).

A expressão jovem adulto tem vindo a ser utilizada para referir uma etapa entre outras, na génese da personalidade. Unanimemente, tem sido considerada uma situação humana universal que resultou da confluência de factores como: (1) o prolongamento da escolaridade obrigatória; (2) a resultante prorrogação do fim da formação escolar, para além do ensino obrigatório e profissional; (3) o consequente adiamento da entrada para o mundo do laboral; (4) a continuidade da dependência económica dos pais, de outros familiares e de entidades de apoio financeiro, a par do aumento do poder de gestão desses recursos financeiros; (5) a própria massificação do ensino superior (Pinheiro, 2003).

A mesma autora refere ainda que a partir dos 18-20 anos, se dá início a um período de transição marcado por um conjunto de mudanças substanciais em termos de estatutos e papéis, particularmente ao nível das interacções sociais, sexuais e vocacionais/profissionais e que dependerão de factores como: o grupo social de pertença, viver com os pais, o género, o estado civil, situação profissional (trabalhador ou estudante). Faz então todo o sentido considerar o jovem dos 18 aos 21 anos, não propriamente como um adolescente ou um adulto, mas como um jovem em transição para a vida adulta.

Como em qualquer transição, este é um período marcado de mudanças e em que se observam características e comportamentos da fase anterior e da fase seguinte (Gonçalves, 2004).

Pode-se considerar que a juventude é uma etapa da vida na qual se começam a tomar as primeiras decisões independentes e a apreender conhecimentos para ser um adulto autónomo em todos os aspectos (Grupo de trabalho de promoção da saúde, 2002).

Assim, na caracterização do jovem dos 18 aos 21 anos, devem-se, considerar não só os aspectos do desenvolvimento do adolescente mas, também, os do adulto e as mudanças que tendem a ocorrer neste período e que têm sido definidas como marcadores da transição para a vida adulta: a entrada na universidade, a entrada no mundo do trabalho, a independência económica, a saída de casa, o casamento e a paternidade. Estas mudanças, não tornam aquele que por elas passa, necessariamente, num adulto, mas em condições favoráveis, poderão facilitar o desenvolvimento, nesse sentido, ao proporcionarem outras mudanças promotoras da maturidade psicológica (Gonçalves, 2004).

O estatuto de jovem adulto parece assentar bem no estudante do ensino superior, não só pelo período etário que abrange (18-25 anos), mas também porque, de acordo com Erikson, este período é caracterizado por uma actividade social intensa, de consciencialização dos diferentes tipos de relações com os pais e os pares, conferindo-lhe uma mobilidade física e emocional, que aliado a outros aspectos do seu desenvolvimento, contribuem para um incremento da sua autonomia (Pinheiro, 2003).

1.1. Sexualidade

Na adolescência o aspecto principal é a construção da identidade, a busca de uma representação firme e coerente de si, para a qual é necessário proceder à recapitulação das fases anteriormente vividas (perspectiva temporal, certeza de si, livre experimentação de papéis e aprendizagem) e, de certa forma, também, à antecipação das três fases de desenvolvimento que se seguem (polarização sexual, poder subordinação e compromisso ideológico). É de evidenciar que a sexualidade assume, no modelo de Erikson, uma dimensão essencial da experiência adolescente, pela nova sensibilidade às realidades sexuais e pela escolha de uma orientação sexual. O adolescente fará assim uma antecipação

da aprendizagem da intimidade, característica do desenvolvimento do jovem adulto (Pinheiro, 2003).

De acordo com Sullivan (sd), citado por Gonçalves (2004), uma das tarefas da adolescência consiste na integração da necessidade de intimidade com o desejo sexual. O jovem que desenvolveu a capacidade para a intimidade (capacidade essa que depende do alcance de uma definição estável do self e da capacidade de estabelecer relações próximas e mútuas) encontra-se preparado para a aliar ao desejo sexual. Ao unir o prazer sexual com o prazer da intimidade, este jovem, estará a dar um passo no sentido de uma sexualidade mais madura, vivida no contexto de um relacionamento íntimo e saudável. O desenvolvimento da sexualidade não depende apenas da maturação física e sexual. Contribuem para este desenvolvimento de igual forma, os níveis de formação da identidade e de desenvolvimento emocional, sócio-cognitivo e moral do jovem (Sprinthall & Collins, 1988/1999, cit por Gonçalves, 2004) e uma diversidade de factores externos, a regular os comportamentos e as atitudes do jovem face à sexualidade: as atitudes dos pais ou da família, o grupo de colegas e a religião (Coleman & Hendry, 1999 citado por Gonçalves, 2004). Para que o jovem se torne num adulto, é necessário passar por algumas transformações, que impliquem ganhos de maturidade: o aumento do conhecimento acerca de si mesmo e do que o rodeia, uma progressiva separação emocional em relação à família de origem, a capacidade para assumir novas responsabilidades e a capacidade em estabelecer relações genuinamente íntimas. Um indivíduo será tanto mais adulto quanto mais maduro for, embora possa revelar mais maturidade nuns aspectos do que noutros (Gonçalves, 2004).

Existem factores que poderão precipitar o começo da actividade sexual, sendo que nem sempre esse início resulta de uma decisão madura e bem pensada. Segundo Erikson, dificilmente o jovem estará preparado para tomar essa decisão, antes de atingir o final da adolescência (Gonçalves, 2004).

A investigação acerca do impacto dos factores individuais nos comportamentos sexuais dos jovens é extensa, verificando-se que os mais estudados incluem, características biológicas, sócio-demográficas e da personalidade, competências pessoais e sociais, conhecimentos, atitudes e crenças acerca dos comportamentos sexuais, factores relacionados com a auto-eficácia, a intenção e a percepção do risco de infecção pelo VIH/Sida (Dias, 2009).

Os factores sócio-demográficos como a idade, o género e a etnia, são importantes moderadores da relação entre os determinantes psicossociais e os comportamentos sexuais adoptados. A idade do início da actividade sexual assume uma particular importância na área da saúde pública, na medida em que o início precoce da vida sexual tem sido associado ao uso inconsistente do preservativo e à multiplicidade de parceiros sexuais ao longo da vida, aspectos que podem implicar consequências na saúde sexual dos jovens, nomeadamente aquisição de IST, incluindo o VIH/Sida (Dias, 2009). Num estudo de Jessor, Costa e Donovan (citados por Sprinthall & Collins, 1988/1989), os autores perceberam que os adolescentes com tendência a serem mais independentes, que conferem menor importância aos resultados escolares e que revelam uma postura mais crítica em relação à sociedade, sendo menos religiosos e menos convencionais, apresentam maior risco de iniciarem mais cedo a vida sexual, em especial se sentirem maior aceitação e afecto da parte dos amigos do que dos familiares. Estes jovens tendem a apresentar mais comportamentos problemáticos, como o consumo excessivo de tabaco ou o consumo de drogas, comparativamente aos jovens que iniciaram a sua vida sexual mais tarde (Gonçalves, 2004).

Sabe-se que, de uma forma geral, o ambiente, a cultura, os contextos de socialização, as oportunidades e os desafios que são colocados condicionam os riscos para a saúde e as tomadas de decisão no plano sexual e reprodutivo (Prazeres, 2003). Sendo um fenómeno multidimensional e parte integrante da formação da identidade, do auto conceito, da auto-estima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos, a sexualidade, é também, uma componente essencial do relacionamento com os outros, nomeadamente no domínio amoroso (Dias, 2009).

Podemos então inferir que a sexualidade para além de englobar a perspectiva pessoal, social e política, inclui ainda a vertente da aprendizagem, na medida em que cada homem e mulher constroem a sua própria sexualidade ao longo de toda a vida (Costa, 2006).

A sexualidade está mediatizada por tudo o que somos como pessoas, influenciando nos nossos esquemas mentais, nas particularidades dos nossos pensamentos, afectos e comportamentos (Lourenço, 2002). Faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da personalidade. De alguma forma, os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos do indivíduo dependem de uma boa evolução da sexualidade durante as etapas da infância à adolescência (Costa,

2001). Expressa-se no estilo de vida que adoptamos, nos papéis de género, na forma como demonstramos os afectos e na apreciação erotizada dos estímulos sensoriais. A sexualidade é parte integrante da nossa identidade básica e corresponde a uma categoria do ser (Lourenço, 2002).

Como facto biológico, Pereira (2001) afirma que o sexo não é prerrogativa da espécie humana. Somos diferentes dos demais seres vivos porque vivemos o sexo no âmbito da cultura. Não sendo o sexo vivido como instinto, isto é, como comportamento fixo característico da espécie, mas como sexualidade: simbolizamos e codificamos as actividades sexuais, atribuindo-lhes valores e, empregamos essas actividades de desejos e fantasias. Mais que isso, damos valor erótico a objectos, signos e acontecimentos que aparentemente nada têm em comum com a actividade genital.

Numa sociedade cada vez mais complexa e exigente, repleta de mudanças, muitos valores vão sendo alterados, criando nos jovens um sem número de dúvidas e incertezas. O despertar para a sexualidade é cada vez mais precoce, mas as consequências de um início prematuro e irreflectido na vida sexual podem ser catastróficas em vários níveis (Fonseca, 2007).

As manifestações da sexualidade variam conforme a cultura, a época e os indivíduos. Não se pode identificar a sexualidade como genitalidade. A genitalidade é a capacidade de concentrar a excitação sexual nos órgãos genitais e a sexualidade é a manifestação mais ampla. Envolve não somente os órgãos genitais mas todas as zonas erógenas do corpo, assim como vontades, desejos e fantasias associadas ao sexo. Ela deve ser compreendida como uma expressão afectiva comprometendo opções sociológicas, éticas, religiosas e filosóficas, derivadas do eixo do sexo e vinculadas ao género (Silveira, 2006).

Alguns estudos realizados em diversos países, incluindo Portugal, evidenciam o embaraço sentido no diálogo entre pais e filhos em relação à sexualidade. Muitos pais aliam aos tabus, normas culturais e vergonha, o receio de ter informação ou competências insuficientes para responder às questões dos filhos adolescentes. Esta situação agrava as dificuldades de comunicação neste âmbito. A sexualidade deixou de ser sinónimo de reprodução, de pecado e de impureza para passar a fazer parte integrante dos afectos, do prazer, da comunicação interpessoal, da maternidade e da paternidade responsáveis (Costa, 2006).

1.2. Sexualidade no jovem adulto

A sexualidade possui valores muito próprios: é auto-libertadora, enriquecedora do outro, honesta, promotora de vida, alegre e socialmente responsável. Tem grande repercussão sobre o bem-estar físico e mental do indivíduo e tem influência sobre sentimentos, comportamentos e interações, podendo afectar igualmente a saúde física e mental. Por este motivo é considerada como parte fundamental da Saúde Humana (Costa, 2006).

O comportamento sexual comporta muitos elementos diferenciados em todo o seu processo de maturação e afirmação envolvendo a interacção de um certo número de factores. Na perspectiva de Lennox (1988) citado por Couceiro (2001) podemos considerar os seguintes elementos: aceitação de si mesmo (reconhecendo a sua própria sexualidade, a sua identidade sexual); curiosidade (necessidade constante de descobrir mais acerca do outro sexo, o que leva a encontros frequentes e cada vez mais aprofundados); escolha de um parceiro (é o despertar sexual, procurando descobrir o parceiro sexual ideal – para muitas pessoas é o seu objectivo de vida primordial, ocupando a maior parte dos seus sonhos e pensamentos). Quando as pessoas se apaixonam atingem o ponto mais alto do estado de ilusão; fantasia (crença comum de pensar que o sexo é um assunto físico, sendo que, na realidade, sexo é uma atracção mental que se pratica com os nossos corpos. Uma mente sexual activa com uma vida de fantasia adequada é frequentemente mais importante do que uma excelente condição física. Ninguém tem vida sexual sem fantasia, esta é admitida e desfrutada ou ignorada e recusada, mas sem o acesso à fantasia o comportamento sexual diminui correndo o risco de desaparecer; masturbação (é a actividade de qualquer dos dois sexos que pela estimulação das zonas sexuais produz orgasmo). Do ponto de vista psicológico, esta prática é um ensaio imaginado do acto das relações sexuais e que ocorre em situações em que não há parceiro disponível; preliminares (o sexo pode começar com um sorriso, é um jogo de sedução). A relação sexual pode começar com atitudes como uma palavra, um gesto, evoluindo para o contacto, carícias, estímulos tácteis com as mãos ou com os lábios que avança num progredir constante, com despir progressivo até incluir todo o corpo. A reciprocidade desta fase deve ser frequentemente de elevada qualidade, o grau de excitação vai aumentando e o tempo vai passando neste jogo de dar e receber. É uma fase, particularmente importante de toda a relação sexual; orgasmo (satisfação sexual). O contacto sexual até atingir o orgasmo é a essência mas não o total da actividade sexual. O corpo satisfaz uma parte da necessidade individual, mas os factores psicológicos são

predominantes e determinantes. Na actividade sexual o orgasmo não deve tornar-se o único e principal objectivo. O sexo é um jogo conjunto em que se pretende alcançar uma gratificação sexual ao nível da qualidade e intensidade do prazer sexual (Loureiro, 2001).

As pessoas exploram a sua sexualidade de diversas maneiras, em diferentes momentos do seu desenvolvimento e de acordo com a sua realidade bio-psico-social (Nodin, 2001).

Nasce-se rapaz ou rapariga conforme o código genético, mas a identidade sexual, apoiando-se no corpo, que se diferencia segundo uma organização predeterminada, vai desenvolver-se de acordo com as modalidades de relacionamento interpessoal. Gradualmente é estabelecido um processo de aferição com as pessoas do mesmo sexo, permitindo chegar a uma identidade sexual estável, que começa a ser consciencializada a partir dos 2-3 anos de idade, e que vai sendo enriquecida ao longo do ciclo de vida. Construimos esta identidade não apenas pela representação que temos de nós próprios mas também pela que julgamos os outros terem de nós (Prazeres, 2003).

São diversas as variações culturais e as circunstâncias de carácter socioeconómico que determinam o modo como se processa a transição da infância para a vida adulta. Esta transição, tende a ser mais rápida e a acontecer de forma indirecta nas comunidades rurais e menos desenvolvidas, ao passo que nas sociedades mais industrializadas e nos grupos sociais mais favorecidos a tendência é para se prolongar no tempo e ser marcada por um extenso período de escolarização (Prazeres, 2003).

Ao longo da adolescência, desenrola-se o processo de descoberta de si próprio e do outro enquanto objecto de desejo sexual, entrando, na juventude, numa nova fase. A presença de um corpo maduro e o estatuto social ganho, com a maioridade vai permitir uma exploração da sexualidade em formas que até aí não eram possíveis. Contudo, as exigências são também maiores relativamente às expectativas que os outros (família, amigos e sociedade em geral) passam a ter face ao seu comportamento (Nodin, 2001).

Sendo o sexo uma actividade socialmente prescrita e inevitável, será que diferentes contextos e atitudes culturais determinam diferentes padrões de comportamento e de estados psicológicos associados à sexualidade? Tal com a própria adolescência a sexualidade começa com a biologia e constrói-se com a cultura (Oliveira, 2008).

Estas expectativas são distintas para os sexos, apesar das transformações que o papel de género tem vindo a sofrer na nossa sociedade, elas irão reflectir-se naquilo que se

convencionou chamar de duplo padrão de moralidade, ou seja, uma maior permissividade em relação à sexualidade dos rapazes, em contraste com uma maior repressividade em relação à sexualidade das raparigas. As atitudes pessoais e crenças no que respeita a aspectos mais específicos da sexualidade revestem-se de particular importância uma vez que são factores que podem influenciar a saúde dos indivíduos e, desta forma, também a sua integridade a vários níveis (Nodin, 2001).

Costa (2006) sublinha que a sexualidade constituiu durante séculos o maior tema tabu da conversação humana que importava silenciar e na medida do possível fingir que se ignorava. Até ao séc. XIX, reduziu-se o termo sexualidade ao sexo, ou seja, à prática sexual propriamente dita. A perspectiva tradicional atribuía à sexualidade um cariz negativo, tendo como único objectivo a reprodução. Esta visão reducionista da sexualidade foi devida à influência da igreja, que disseminava a ideia do sexo, enquanto fonte de pecado, justificada apenas tendo como finalidade a procriação. Hoje, a sexualidade encontra-se desprovida de valores e de sentidos mais profundos, que a integrem e contextualizem no universo humano, numa fase da vida em que, precisamente, o ser humano ainda está a formá-los e a descobri-los.

A Educação Sexual, só por si, não dá resposta a esta necessidade, já que não tem ido além do ensino anátomo-fisiológico e das práticas preventivas, descontextualizando a sexualidade, medicalizando-a, racionalizando-a, separando-a do restante processo de crescimento e do processo educativo global (Oliveira, 2008).

Em Portugal, à semelhança do que se passa noutros países da União Europeia, cada vez mais é socialmente aceite o início da actividade sexual, antes do casamento. Os rapazes considerem mais a ligação afectiva como condição básica para o estabelecimento de relações sexuais antes do casamento, embora, o envolvimento romântico, de um modo geral, continue a ser menos importante do que para as raparigas. Mantém-se uma permissividade cultural existente para o homem, quanto ao início da vida sexual, permitindo que as pressões hormonais possam ser suficientes para o instigar à actividade sexual (Gonçalves, 2004).

As questões de género introduzem diferenças em múltiplos aspectos relacionados com a sexualidade, nomeadamente diferentes percepções e razões para iniciar a actividade sexual. Vários estudos demonstram que as raparigas que iniciam a vida sexual mais tarde,

reportam menor frequência de relações sexuais e menor número de parceiros sexuais do que os rapazes (Dias, 2009).

Silveira (2006) é de opinião que, tradicionalmente, as pressões para o sexo sempre foram mais no sentido de impelir os rapazes a serem soltos e agressivos, enquanto para as raparigas já começa a tomar outras feições. Apesar da nova mentalidade que tem surgido num sentido mais igualitário para se educar rapazes e raparigas, hoje em dia, um número significativo de raparigas caem no extremo oposto: passam a só dizer sim, cobrando, uma das outras, o mesmo desempenho quantitativo que é cobrado entre os rapazes. Para as raparigas a responsabilidade sexual é muito pesada, pois é dupla: elas têm de pensar para elas e para eles não ficam à vontade para se expressarem eroticamente, seja por um sentimento de dupla culpa seja porque qualquer deslize pesa somente sobre os seus ombros, ficando neste caso, “mal faladas”. Esta responsabilidade é acrescida, quando na hora de se pensar na contracepção, a carga pesa mais uma vez sobre os ombros da mulher. Presume-se que o rapaz deva recorrer das mais diversas técnicas manipulativas, no sentido de obter os favores sexuais das mulheres. Contudo, não consta dessa ideologia que ele deva assumir qualquer responsabilidade pelas consequências das suas acções, sobretudo se a rapariga for do tipo leviana. Outra contradição que o duplo padrão apresenta não é menos desvantajosa para a mulher: se é esperado que os rapazes tenham muitas e variadas experiências sexuais antes do casamento, enquanto as raparigas não, com quem irão elas adquirir esta experiência? A solução para este impasse está na separação das raparigas não casadas em dois grupos: para respeitar e proteger, para casar; raparigas para divertir, para usar.

Na nossa cultura, o início da expressão sexual masculina manifesta-se por masturbações solitárias que só depois se exprimem através de relações interpessoais. A expressão sexual feminina tende a ser diferente. As raparigas têm maior probabilidade de experienciar a primeira relação sexual no contexto de um relacionamento emocional e a masturbação é menos frequente nelas, costumando acompanhar, e não a anteceder, as experiências heterossexuais. As raparigas mantêm um maior número de contactos sexuais com a pessoa com quem tiveram a primeira experiência, ou seja, as raparigas, em comparação com os rapazes são mais propensas a vivenciar a sexualidade como uma experiência interpessoal em que existe um certo comprometimento emocional (Oliveira, 2008).

A democratização do ensino e a escolaridade obrigatória estão entre os primeiros factores da enorme transformação dos hábitos sexuais, da sociedade, ocidental na segunda metade do século XX. Actualmente, grande parte da infância, adolescência e juventude é passada em meio escolar. O despertar sexual, a partilha de preocupações e experiências, a descoberta de novas sensações e, frequentemente, a própria iniciação sexual ocorre neste contexto. As relações entre colegas, ou pares, especialmente entre amigos do mesmo sexo, são essenciais para o desenvolvimento de relacionamentos heterossexuais saudáveis. Se a escolaridade obrigatória é o período da vida em que são alicerçados de forma decisiva os conhecimentos, atitudes e comportamentos que influenciam a saúde e a qualidade de vida nos anos futuros, é também o lugar onde as experiências e práticas de vida põem à prova esses mesmos conhecimentos, atitudes e comportamentos (Oliveira, 2008).

Kirby (2002) citado por Dias (2009) identificou, após uma revisão a mais de 250 estudos, os determinantes da actividade sexual e da utilização de contracepção e sugeriu que as características individuais, a família os pares, a escola e bem como as relações entre estes vários contextos têm impacto nas práticas sexuais dos jovens. Contudo, as crenças religiosas de que a actividade sexual se deve circunscrever ao casamento e meramente para fins reprodutivos, podem igualmente exercer impacto no comportamento dos jovens, no sentido de adiar a actividade sexual, ou de experienciá-la com sentimentos de culpa e ansiedade.

Não será difícil, para o jovem entre os 18 e os 21 anos, encontrar no seu grupo de amigos quem já tenha iniciado a sua vida sexual. Se estiver em minoria ou até se houver da parte do grupo alguma pressão, no sentido de iniciar a actividade sexual, o jovem poderá sentir-se apreensivo ou até envergonhado por ainda ser virgem. Se para a mulher este aspecto pode constituir uma virtude, para alguns homens, em especial os que já atingiram a maioridade, pode gerar o receio de possuir uma menor masculinidade ou de ser entendido pelos outros como tal. Desta forma, o grupo de amigos e alguns estereótipos sociais podem exercer influência sobre as atitudes e os comportamentos do jovem em relação à sexualidade (Gonçalves, 2004).

Afigura-se indispensável ponderar melhor o facto dos determinantes das condutas juvenis masculinas serem condicionadas pelo mandato recebido para adquirir “comportamentos de homem”, seja qual for o significado que tal adquira nas diferentes sociedades e independentemente dos riscos para a saúde que envolva (Prazeres, 2003). Na sociedade actual, no

final da infância e na adolescência, uma parcela significativa de rapazes continua receptiva e interioriza as versões tradicionais da masculinidade, muitas raparigas, contudo, estão mais propensas a pôr em causa as normas de género tradicionais e a questionar os limites que lhes são colocados, ao atingir a puberdade (Prazeres, 2003).

O mesmo autor salienta que, apesar dos códigos de conduta variarem em termos individuais, de classe social e de cultura, existe um número de semelhanças nas atitudes e nas condutas sexuais dos adolescentes do sexo masculino que traduzem o duplo padrão educativo. Na sociedade ocidental, grande parte dos rapazes vivencia pressões ambíguas no que respeita à aquisição de valores, atitudes e comportamentos, ao facto de se ser homem. Por um lado, são encorajados a tornarem-se mais respeitadores do sexo feminino, mais afectivos e íntimos nas relações mas, por outro, são convidados a demonstrar perante os seus pares e perante algumas mulheres, a sua condição de “verdadeiros homens”, apreciada mediante os padrões clássicos da masculinidade. Existe como que uma forma de “ditadura da virilidade”, na qual o ter condutas consideradas tradicionalmente como “femininas” pode desencadear, da parte dos pares, críticas severas e penalizadoras. No domínio dos comportamentos sexuais, as experiências eróticas com elementos do outro sexo são vistas com ganho e como demonstração de competência “enquanto homem” mais do que uma forma de acesso à vivência da intimidade e de uma relação.

O corpo teve de ser adaptado aos comportamentos que hoje reconhecemos como formando parte das boas maneiras e do bom gosto civilizador, representando a sede imaginária do narcisismo do Eu, é o viés integrador dessas coações sociais, determinando, entre outras coisas, diferentes maneiras de perceber e/ou vivenciar o espaço da sexualidade (Ravagni, 2007).

Encontramos entre os jovens da actualidade a valorização da vertente erótica da experiência sexual (Pais, 1998). A busca do prazer em detrimento de outras dimensões da sexualidade, no que se poderá intitular de hedonismo erótico ou sexual, surge-nos hoje, como um valor que pode explicar o investimento em actividades sexuais outrora minoritárias. Tudo se pode fazer em favor do prazer, tudo se experimenta, tudo é permitido (Nodin, 2008).

Verifica-se, por exemplo, hoje em dia, que os jovens estão mais dispostos a explorarem diferentes formas de experimentação sexual, que vão para além do coito vaginal. De facto, tudo indica que práticas, outrora minoritárias, como sejam o sexo oral, o sexo anal,

as experiências sexuais em grupo, as práticas homossexuais e, em menor escala, as de sadomasoquismo, façam hoje parte do menu ao qual os jovens recorrem na sua vida íntima. Estas práticas surgem de forma a complementar as práticas mais convencionais e não como formas exclusivas de comportamento sexual (Nodin, 2008).

A literatura evidencia que, de uma maneira geral, os rapazes iniciam as relações sexuais mais cedo do que as raparigas; estas referem com maior frequência, que os contactos surgem no contexto de uma relação amorosa; por outro lado, os rapazes referem ter relações sexuais com maior número de parceiras e em situações mais ocasionais (Prazeres, 2003).

A actividade sexual, a iniciar e a manter tão precocemente quanto possível, constitui uma inerência à “condição masculina”. Os rapazes aprendem que a iniciação sexual afirma a sua identidade enquanto homens e atribui-lhes estatuto no seu grupo de pares. Dir-se-ia que a actividade sexual parece ser vista como um ritual de passagem à comunidade dos homens e representa a concretização de uma proeza mais do que uma possibilidade de viver a intimidade; a um rapaz “não é permitido” desperdiçar a oportunidade de concretizar um coito, qualquer que seja o contexto relacional, em que tal possa acontecer. As conquistas sexuais são anunciadas, com orgulho, dentro do grupo masculino, enquanto que as dúvidas e a inexperiência são escondidas frequentemente (Prazeres, 2003).

Alterar os comportamentos sexuais através da prevenção é difícil de obter. Uma vez que, por exemplo, a utilização de preservativos ocorre numa matriz de relações sociais e afectivas que, influenciam no processo de tomada de decisão relativamente a esse comportamento (Nodin, 2001).

É sabido que os jovens portugueses têm hoje uma iniciação sexual mais precoce do que as gerações anteriores e que esta ocorre predominantemente em relações com amigos ou namorados. Apesar de se poder afirmar que o conhecimento sobre comportamentos de risco estar relativamente generalizado, o facto é que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de adolescentes grávidas, apenas suplantado pelo Reino Unido (Mendes, 2006).

Adolescentes e jovens apresentam comportamento sexual que os leva a envolverem-se em relações sexuais de risco, podendo infectarem-se por uma IST, inclusive o VIH ou engravidar uma parceira. Parte substancial destes riscos está associada a uma equivocada

percepção dos mesmos, ao insuficiente conhecimento de formas de se proteger e à incapacidade de pô-las em prática (Moreira, 2002).

As relações sociais e sexuais são constituídas por trocas visuais, tácteis, auditivas, gustativas e olfactivas, algumas processam-se de forma física, outras de forma química. O Homem não tem consciência da quantidade de trocas e interacções que faz diariamente, contudo, sabe que as faz e que interferem consigo próprio (Lino, 2009).

As crenças sobre o significado dos estímulos sexuais, as expectativas referentes às consequências de determinados comportamentos e as fantasias sexuais desempenham um papel decisivo. As crenças sobre os contraceptivos, por exemplo, têm uma grande influência no seu uso. O juízo moral sobre os comportamentos sexuais é também um factor importante. Determinados comportamentos sexuais são considerados moralmente inaceitáveis por uns, que procuram por isso evitá-los, enquanto outros os consideram legítimos. Os processos biológicos desempenham também um importante papel: o nível de testosterona (hormona directamente relacionada com o desejo), o estado de saúde ou de doença, a fadiga ou o bem-estar, a maturidade e a capacidade de resposta de todo o sistema fisiológico sexual condicionam o desejo, a excitação e os comportamentos sexuais. As consequências do comportamento sexual humano, por sua vez, influenciam toda a sequência anteriormente exposta. Se as consequências são repetidamente negativas, os estímulos que o provocam podem perder o seu valor erótico (Roque, 2001).

1.3. A motivação, o desejo e o impulso

As diferentes dimensões do ser humano influenciam-se mutuamente; as capacidades e os processos biológicos, intelectuais, linguísticos e afectivos mediatizam a identidade, o papel, os desejos, os sentimentos, as fantasias e os comportamentos sexuais (Roque, 2001).

Sanford (1962), citado por Chickering (1969) descreve o típico estudante do primeiro ano da universidade, como um indivíduo com fortes impulsos, difíceis de dominar, uma vez que sofre a oposição directa de uma “consciência atenta, rígida, permissiva e moralmente restrita, exibindo pensamentos estereotipados, intolerância, ambiguidade e uma moralidade, punitiva. Apresenta vulgarmente submissão em relação aos que têm poder e domínio relativamente aos que não o têm (Pinheiro, 2003).

Os processos mediadores internos são em si mesmos muito diversos e complexos. Mas podem ser classificados em processos afectivos, cognitivos e biológicos. Os processos afectivos associados aos comportamentos sexuais são o desejo, a atracção e o enamoramento. Estes processos afectivos básicos mediatizam a actividade sexual de forma muito significativa. Os afectos relacionais (desejo, atracção e enamoramento) influenciam também os comportamentos sexuais. Enquanto o desejo se baseia num interesse meramente instrumental do objecto de satisfação (que é usado para a sua descarga), a atracção supõe um interesse explícito pelo objecto (o objecto tem uma valência erótica) e o enamoramento implica comportamentos e atribuições de significado a estes comportamentos, que podem, ser muito distintos (Roque, 2001).

Podemos afirmar que as estruturas sociais, ou, mais exactamente, as modalidades concretas de organização social, influenciam as práticas sexuais a três níveis distintos: integrando-as nos sistemas de aliança e parentesco; inscrevendo-as no circuito das trocas económicas e situando-as nos registos da comunicação simbólica e da ordenação jurídico-política das sociedades. Como factor comum a estes três níveis surge-nos a instituição familiar enquanto resultado de mecanismos preferenciais de aliança, unidade de consumo e instância de socialização e educação (Alferes, 2002).

Os estímulos eróticos podem ser pré-programados ou adquiridos. Os estímulos pré-programados, próprios da espécie, são a estimulação táctil dos órgãos sexuais e zonas erógenas, as secreções químicas, feromonas, percebidas através do olfacto, e a visão de determinadas partes do corpo ou a observação de posturas ou comportamentos de tipo erótico. Os estímulos sexuais podem ser adquiridos através de diferentes mecanismos, como a aprendizagem por condicionamento clássico, a aprendizagem operante, a aprendizagem por observação e a imaginação. Deste modo, cada cultura, e inclusive dentro dela cada indivíduo, atribui significado erótico a estímulos sexuais diferentes (Roque, 2001).

Alferes (2003) acentua que a atracção sexual está estritamente ligada ao desejo sexual e constitui um dos componentes principais das relações passionais. Apesar de serem numerosos os factores que contribuem para a atracção interpessoal, no que diz respeito à atracção sexual, existem factores específicos como a beleza física, as semelhanças interpessoais, hetero-avaliações, auto-estima e estratégias de sedução, sendo o sexo um dos principais recursos ou fonte de gratificação/frustração das relações humanas (Lino, 2009).

Lino (2009) percebe a atracção sexual como que obedecendo a um conjunto de sequências descritas como reacções fisiológicas e comportamentos manifestos, regulados pelos respectivos resultados, mediatizados por processos internos que sustentam e modulam a activação sexual, tendencialmente, desencadeados por condições externas de estimulação. Esta estimulação externa leva à activação de determinados processos sexuais internos, que dispõem o indivíduo a competir com outros e ao mesmo tempo permitir o seu comportamento sexual e o dos outros.

A actividade sexual pode ser dividida em 3 fases: o desejo, a excitação e o orgasmo. Ao contrário do que se pensa, o desejo sexual do ser humano adulto e consciente não se compara a simples pulsões fisiológicas, como é o caso da fome ou da sede (Ballone, 2004).

O desejo sexual é um fenómeno subjectivo e comportamental extremamente complexo. Contribuem para a génese do desejo sexual as fantasias sexuais, os sonhos sexuais, a iniciação à masturbação, o início do comportamento sexual, a receptividade do companheiro(a), as sensações genitais, as respostas aos sinais eróticos no meio ambiente entre muitos outros factores. O desejo sexual que se experimenta no corpo e que estimula a actividade sexual é o resultado da activação das redes neurais do sistema nervoso central e será percebido pela pessoa como impulso sexual, popularmente definido pela palavra “tesão”. Trata-se pois, de um aspecto predominantemente biológico do desejo sexual. De um modo geral o impulso sexual é a resposta corporal, neuro-psico-biológica da excitação sexual. O desejo sexual é um “apetite” ou um impulso produzido pela estimulação de um sistema neurológico específico (hipotálamo, hipófise e sistema límbico), o qual produz sensações específicas e suficientes para levar a pessoa à busca de experiência sexual ou a mostrar-se receptiva a ela. A força e frequência das manifestações desse impulso sexual aumentam muito após a puberdade e, em muitos casos, surge um certo desconforto na falta de oportunidade de ter actividade sexual efectiva (Ballone, 2004).

É indiscutível que o impulso sexual tem uma forte componente biológica, já que é determinado, ao nível do sistema endócrino pelas glândulas sexuais que segregam hormonas determinantes para o comportamento sexual. Não obstante, o impulso sexual tem também uma importante vertente cultural. De acordo com os valores, crenças, costumes e tradições de uma sociedade, podem-se observar diferentes comportamentos sexuais. Através do processo de socialização, vamos assimilando os princípios e normas de actuação vigentes na cultura em que estamos inseridos e o mesmo acontece com os hábitos sexuais.

Por exemplo, há alguns anos atrás, uma mulher deveria casar virgem, enquanto que ao homem já era permitido iniciar a sua vida sexual antes do casamento. Nalgumas comunidades, é retirado o clítoris à mulher, logo à nascença, pois esta não deverá ter qualquer prazer com o acto sexual, sendo sua única função a reprodução.

O impulso sexual corpóreo é fruto de processo neuro-endócrino envolvendo hormonas e neurotransmissores, o qual permite à pessoa reconhecer essa pulsão e se masturbar ou, de outra forma, procurar alguém para ter relações sexuais (Ballone, 2004).

As feromonas promovem a comunicação sexualmente com outro ser humano de uma forma inconsciente. Esta substância, presente no suor, actua nos seres humanos alterando os seus comportamentos (Lino, 2009).

Para as raparigas, o amor tem prioridade sobre a genitalidade. Apesar de uma posição mais agressiva e actuante das meninas de hoje, poucas experimentam o desejo de forma semelhante aos rapazes.

O desejo sexual, é o que dispõe a pessoa à actividade sexual e compõe-se de 3 atitudes: a motivação sexual, a aspiração sexual e o impulso sexual. Do desempenho sexual participam a excitação sexual e o orgasmo. A motivação sexual ou aspiração sexual nasce da conjunção entre as razões psicológicas e as circunstâncias culturais, respectivamente, que se compõem da nossa fisiologia psíquica colocada à mercê dos valores culturais que nos rodeiam e estão solidamente impressos na nossa personalidade.

Representa, ainda, a vontade de comportar-se sexualmente de acordo com a escala de valores pessoais, implica na iniciativa, na receptividade ou nas duas coisas. O parceiro, a situação e as circunstâncias estimulam a motivação sexual, e devem ter requisitos aceitáveis, segundo a escala de valores pessoais a qual é, de certa forma, atrelada à estética vigente, a moral e a ética do grupo ou segmento social a que pertencemos, requisitos estes capazes de despertarem sentimentos afectivos importantes (Ballone, 2004).

A motivação pode-se definir como um conjunto de forças internas (impulsos) que orientam o comportamento do indivíduo para determinado objectivo. Motivação sexual é, portanto, a disposição de se aproximar de outra pessoa com intenções sexuais, vontade de tomar iniciativa ou aceitar a iniciativa da outra. Pode haver situações onde, embora nada tenha prejudicado o impulso sexual biológico não há motivação sexual para iniciar o comportamento sexual com essa pessoa ou nessas circunstâncias. A aspiração sexual oscila

consoante a cultura, variando em temática e potência entre as pessoas, vão desde os auto-enganos que impomos a nós mesmos sobre nossas vidas sexuais, perdendo a noção entre o culturalmente recomendado e o pessoalmente possível, até às questões ditas de consciência, as quais reprimem sentimentos e comportamentos por toda a vida (Ballone, 2004).

Participa da aspiração sexual a avaliação das circunstâncias associadas à possibilidade do comportamento sexual. Assim, sendo positiva a avaliação do(a) parceiro(a) (motivação), havendo possibilidades de atender ao apelo das circunstâncias (aspiração), a vontade da pessoa de ter comportamento sexual é intensificada e completa boa parte do desejo sexual. O próximo passo será o impulso sexual.

Os centros hipotalâmicos da sexualidade guardam estreita relação com os centros do prazer e da dor. Assim sendo, quando o centro do desejo é estimulado, também se activa o centro do prazer, e a pessoa experimenta sensações prazerosas. De forma contrária, em situações dolorosas, quando então estaria activado o centro da dor, haveria uma inibição do centro do desejo (Ballone, 2004).

1.4. Sexualidade e contexto social

Freud (1962) apresenta a sexualidade humana dependente de instintos e impulsos. Erikson (1982) postula que os seres humanos podem controlar os instintos e os impulsos através da socialização. Gagnon e Simon (1973) consideram que o comportamento sexual humano é determinado, também, pela sociedade. Money e Ehrhardt (1982) consideram que a vida sexual depende das hormonas e Bancroft (1989) chama a atenção para o importante e óbvio papel que os pais podem ter na modelação dos comportamentos e atitudes dos seus filhos, relativamente à adequação aos papéis sexuais; ser ele ou ela, não só no corpo, mas também na expressão emocional e na responsabilidade nas relações interpessoais (Roque, 2001).

O comportamento sexual dos jovens é, actualmente, uma das principais preocupações da saúde pública internacional e nacional pela sua associação a várias consequências indesejáveis que, directa ou indirectamente, afectam a saúde e o bem-estar dos adolescentes, nomeadamente pelo VIH/Sida, IST e gravidez indesejada (Dias, 2009).

Vários autores, nomeadamente Dias (2009), salientam a necessidade de dar mais atenção ao carácter contextual e interactivo do comportamento sexual de forma a aprofundar a compreensão acerca da adopção de comportamentos sexuais. Dados recentes indicam que os jovens se tornam sexualmente activos em idades cada vez mais precoces (WHO, 2006). Para além dos riscos físicos que os adolescentes podem experimentar em resultado da actividade sexual, parece existir uma consistente evidência de que a actividade sexual precoce está associada a menores níveis educacionais e a maiores desvantagens económicas, trazendo consequências com implicações quer ao nível do indivíduo, quer ao nível social e económico das sociedades em que estes fenómenos ocorrem (UNESCO, 2004).

Crescer e amadurecer evolutivamente, tanto no nível somático como no psíquico, não pode ser separado das condições sociais e culturais integradoras, num determinado espaço (Ravagni, 2007).

Alferes (2002) é de opinião que, a eficácia das encenações culturais, tal como a das normas, sanções e avaliações correlativas, na regulação dos comportamentos sexuais dependem, da eficácia das estratégias de socialização e educação que lhes asseguram a reprodução e manutenção através das gerações. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, uma das formas ou processos privilegiados de controlo social da sexualidade traduz-se na escolarização da educação sexual, tida como prolongamento ou complemento da educação familiar.

Efectivamente, não se é adolescente num dia e adulto no dia seguinte. Em sociedades como a nossa, esta passagem decorre lentamente, e traz consigo mudanças e ajustamentos importantes nas áreas do desenvolvimento psicossocial, cognitivo, papéis sexuais e profissionais, sendo qualquer jovem adulto um indivíduo que se afasta cada vez mais das suas experiências adolescentes, para passar a viver um estilo de vida cada vez mais, mas não totalmente, adulto (Pinheiro, 2003).

Razões de tipo cultural têm vindo a retardar, na nossa sociedade, a entrada dos jovens na vida adulta. Se por um lado se considera que a partir dos 18 anos são responsáveis pelos seus actos, nomeadamente do ponto de vista jurídico, por outro lado não lhes são assegurados os recursos necessários, negando-se as suas capacidades, para uma vida em completa autonomia face à família de origem (Roque, 2001).

Os comportamentos e as práticas sexuais são determinados pelas instituições sociais, desde o modo de organização dos grupos familiares e sociais aos tipos de assimetrias materiais e simbólicas que os separam. Os factores demográficos, como por exemplo, o *ratio* homens/mulheres existentes numa dada formação social, constituem, também, determinantes estruturais dos comportamentos sexuais (Guttentag & Secord, 1983 citado por Alferes, 2002).

Em cada ambiente social prima um ideal de ser humano e por meio dele, estabelecem-se pautas de vida. É a herança histórico-cultural que se propaga, impondo situações específicas dentro de um espaço social e cultural determinado. Dessa forma, a unidade sexuada, que cada ser humano é ou representa, na tentativa de poder chegar a definir-se um ser humano sexuada, emerge como uma dinâmica de desenvolvimento, constituindo a linha central desse processo (Ravagni, 2007).

As culturas sofrem alterações ao longo do tempo tal como a sua abordagem da sexualidade. A sociedade ocidental fez na primeira metade deste século uma transição, bem sucedida, de uma cultura sexual repressiva para uma cultura sexual restritiva. Nas últimas décadas assiste-se a outra transição: as regras restritivas estão a ceder perante uma maré de permissividade sexual (Roque, 2001).

Segundo Currier (1981) citado por Roque (2001) as culturas humanas variam de um extremo a outro relativamente à forma como encaram a sexualidade. O autor classifica-as em quatro categorias: culturas sexualmente repressivas, culturas sexualmente restritivas, culturas sexualmente permissivas e culturas sexualizadas.

As culturas sexualmente repressivas têm tendência para negar a sexualidade, uma vez que consideram o sexo uma área extremamente perigosa do comportamento e atribuem uma virtude, especial à inactividade sexual. É típico destas culturas proibirem todas as formas de sexo excepto as necessárias à procriação, o que requer a castidade pré-matrimonial, a disciplina sexual no matrimónio e a imposição da ignorância sexual aos jovens. O jogo sexual é estritamente proibido às crianças. A sexualidade adolescente e adulta, na medida em que existem, estão associados à culpa e ao medo, sendo o prazer sexual desvalorizado.

As culturas sexualmente restritivas estão orientadas para a delimitação da sexualidade. As brincadeiras sexuais das crianças são fortemente desencorajadas. A castidade pré-matrimonial é requerida, pelo menos a um dos sexos, embora alguma tolerância seja garantida

ao outro. Em geral estas culturas são ambivalentes acerca da sexualidade. O sexo tende a ser temido, não, em si próprio mas nos problemas que pode desencadear.

As culturas sexualmente permissivas, orientam-se para a tolerância da sexualidade. Embora existam proibições formais, são pouco exigentes no controlo da sua observância. As brincadeiras sexuais das crianças podem ser permitidas, desde que se mantenham fora da vista dos adultos; estes ignoram-nas. Adolescentes de ambos os sexos têm uma considerável liberdade sexual e o sexo pré-matrimonial é considerado normal.

O comportamento sexual dos jovens adquire nesta sociedade um carácter praticamente clandestino. É simultaneamente permitido e negado, uma vez que, nem os pais, nem o sistema educativo, nem o sistema de saúde oferecem condições a estes jovens para que vivam uma sexualidade sem risco (implementando uma verdadeira educação sexual e oferecendo apoio técnico) (Oliveira, 2008).

López e Oroz (1999) citados por Roque (2001) consideram, pelo que foi referido, que a adolescência e a juventude se convertem em grupos de risco: pela possibilidade de terem experiências inadequadas sexual e relacionalmente; pelos riscos de uma gravidez não desejada e pelos riscos de contágio de IST. A representação da vida sexual nunca é de natureza simplesmente intelectual, dado que a sexualidade se encontra investida pela força pulsional. Na adolescência, as forças pulsionais são muito intensas e a maturação intelectual está ainda incompleta, sendo, portanto, um período mais propenso a comportamentos que facilitam gravidezes inoportunas e IST, incluindo o VIH/Sida (Oliveira, 2008).

As culturas sexualizadas cultivam a sexualidade, sendo o sexo considerado indispensável à felicidade humana. A experiência sexual infantil é considerada uma componente essencial para um desenvolvimento biológico e social normal. Um conjunto de costumes e instituições fornecem informações e oportunidades sexuais aos jovens, independentemente da idade, encorajando-os a desenvolverem as suas competências sexuais. A existência de locais de encontro para a prática das actividades sexuais dos jovens é aceite e legitimada socialmente. O prazer sexual é valorizado e procurado por ambos os sexos, sendo a ausência de prazer sexual considerada intolerável e motivo suficiente para terminar uma relação ou um casamento (Roque, 2001).

A sociedade é cada vez mais permissiva com o comportamento sexual dos jovens e estes, de facto, iniciam as relações sexuais cada vez mais cedo. Mas a sociedade, o sistema

educativo e o sistema de saúde, não aceitam que os jovens possam ser sexualmente activos (Roque, 2001).

Parece ser claro assim, que o meio social e ambiente no qual o jovem se insere se vai reflectir a um nível muito específico do seu comportamento sexual e também, portanto, nos níveis de risco que ele irá correr. Vê-se aqui reforçada a ideia de que não é possível conceber o indivíduo fora do contexto que se constitui enquanto uma matriz interrelacional determinante, fundar a influência destes factores, nomeadamente no que respeita à influência que poderá ter a mobilidade característica das sociedades modernas, acentuada no grupo dos jovens adultos por motivos de estudo ou acesso facilitado a meios de transporte (Nodin, 2001).

1.5. Comportamento sexual dos jovens no ensino superior

O aumento progressivo do número de jovens que em todo o mundo passaram a frequentar o ensino superior, criou tempo e espaço para que se vislumbresse um novo período de desenvolvimento, entre o fim da adolescência e o início da idade adulta. Mas, porque de início se tratava de um fenómeno pouco abordado pela investigação, muitos eram os que achavam ainda prematuro concluir em definitivo pela existência de um novo estágio de desenvolvimento que enquadrava o estudante do ensino superior (Sprinthal & Collins, 1994). No entanto, a continuidade do trabalho de muitos investigadores que se têm debruçado sobre este período de vida, na tentativa de lhe fixar contornos, não deixou que restassem dúvidas da pertinência e exigência de um conjunto de teorias acerca do desenvolvimento do estudante do ensino superior. As teorias do desenvolvimento humano influenciaram o movimento gerado em torno do desenvolvimento do estudante do ensino superior. Teorias como as de Lewin (1936), Piaget (1952), Erikson (1968) e Kohlberg (1971), tiveram um grande impacto junto das instituições de ensino superior, possibilitando uma explosão de investigações, formulações teóricas e mesmo estratégias de intervenção. Pinheiro (2003) salienta que a acção da instituição universitária também se deve estender à organização de actividades extracurriculares que ocorram no espaço da instituição ou estejam directamente relacionadas com ela. Estas actividades geram oportunidades para iniciar, aprofundar e diversificar os relacionamentos sociais, facilitando, o alargar das fontes de suporte social ao mesmo, tempo que promove o desenvolvimento de aptidões

sociais e de capacidades de cooperação, responsabilidade social, autonomia e autoconfiança. É importante, também, fazer face às necessidades em saúde sexual de jovens noutros contextos de risco elevado, como é o caso de instituições de protecção e reclusão, trabalho longe de casa, serviço militar ou, inclusive, quando estudam longe do seu meio de origem. Em muitas destas circunstâncias, podem envolver-se em actividades sexuais de elevado risco em termos de saúde, e utilizar o álcool e outras substâncias como forma de gerir o stress ligado ao afastamento de casa. Em instituições fechadas, podem envolver-se com companheiros do mesmo sexo em actividades sexuais mutuamente consentidas ou forçadas, com poucas opções em termos de prevenção de IST, incluindo a do VIH (Prazeres, 2003).

O período de frequência universitária, ao mesmo tempo que favorece uma vastidão de relações interpessoais, possibilita que as amizades se fortaleçam, de tal forma que os estudantes prefiram passar mais tempo com os amigos, preterindo os grandes e variados grupos. As relações com os adultos também se tornam mais frequentes, mais próximas, mais intensas e mais fáceis, devido ao aumento da tolerância, respeito e aceitação. Desta forma, estão criadas as condições desenvolvimentais para se intensificarem as relações significativas e de intimidade que permitem garantir que as relações interpessoais, incluindo as de amizade e de amor, subsistam ao aparecimento das diferenças e discordâncias, perdurando para além da separação dos indivíduos, por exemplo após o curso, e mesmo sobrevivendo na ausência de contacto dos indivíduos (Ferreira, 2000).

Os amigos tanto podem ser uma influência positiva, por exemplo, na realização académica e nos comportamentos pró-sociais (Wentzel & Caldwell, 1997), como negativa, como, por exemplo, no consumo de substâncias e na violência (Akers *et al.*, 1998; Matos *et al.*, 2000 citado por Simões, 2007). Enquanto o envolvimento com os pares parece ter efeitos positivos nos jovens mais novos, promovendo as capacidades de comunicação, nos jovens mais velhos esta associação parece constituir um factor de risco, pois, está associada à prática de mais comportamentos de risco para a saúde, como fumar, beber álcool e embriagar-se (Settertobulte, 2000 citado por Simões, 2007).

A influência do grupo de pares depende de vários factores, nomeadamente: do género-estudos indicam que as raparigas são mais influenciáveis que os rapazes (Coleman, 1985); da idade-estudos referem o período de entrada na adolescência como o período em que se verifica maior conformismo, diminuindo significativamente após os 15 anos (Coleman,

1985; Lutte, 1988; Schaffer, 1994); do comportamento alvo – é mais fácil os jovens serem influenciados para a prática de comportamentos pró-sociais do que anti-sociais (Schaffer, 1994); do estatuto do grupo ou indivíduo – os grupos ou indivíduos com um estatuto baixo são mais susceptíveis à influência e consequentemente ao conformismo (Myers, 1990; Pérez, 1994) e da deterioração das relações entre o adolescente e os adultos significativos – relações negativas entre os adolescentes e os adultos significativos estão associadas a uma maior probabilidade de conformismo com as normas dos pares (Schaffer, 1994) (Simões, 2007).

As diferenças de género continuam a marcar a sexualidade juvenil, mas em comparação com gerações anteriores, o duplo padrão sexual presente nos jovens, é um duplo padrão atenuado. As raparigas apesar de continuarem a ter uma sexualidade constrangida (como se as mulheres alcançassem a sua liberdade sexual carregando com o peso de uma educação antagónica com o erotismo e a voluptuosidade, ideia compatível com as investigações sobre a culpa sexual, a atitude face à sexualidade e suas relações com a utilização de contraceptivos) e dominada, apresentam a possibilidade, socialmente legitimada, de uma sexualidade juvenil e pré-conjugal e o direito ao prazer. Constata-se igualmente um duplo padrão social, pois quanto mais se avança de um eixo socialmente desfavorecido para um eixo socialmente favorecido, mais se avança de posições tradicionalistas para posições modernistas (Roque, 2001).

Chickering e Reisser (1993) citados por Ferreira (2000) particularizam a faixa etária do jovem adulto, respeitante à frequência do Ensino Superior, como um período de desenvolvimento próprio, cuja tarefa primordial é o estabelecimento da identidade e da intimidade e para a qual contribui a riqueza dos contextos vivenciais, nomeadamente o meio do ensino superior. Os estudantes foram criando, ao longo do tempo, mecanismos de integração e convívio, que oferecem todos os anos aos colegas mais novos, como, por exemplo, as repúblicas, residências universitárias, os grupos culturais e recreativos e as tradições académicas, vulgarmente designadas como praxe académica, cujo objectivo é levar os estudantes, especialmente os que chegam pela primeira vez à universidade, a conhecer a sua faculdade e a universidade em que a mesma se insere, adaptar-se ao novo ambiente, fazer novos amigos de todos os cursos e de outras universidades (Figueiredo, 2006).

Como qualquer outro domínio da actividade humana, os comportamentos e as práticas sexuais são objecto de controlo normativo, a começar pelos dispositivos legais que os

enquadram. No entanto, a principal forma de controlo social da sexualidade é mediatizada pelas ideologias sexuais e as suas características estruturais interagem para produzir controlos sociais sobre a expressão sexual (Alferes, 2002).

Os comportamentos sexuais são situações que, apesar de serem experiências individuais, são também relações interpessoais e sociais (Dias, 2009).

1.6. Comportamentos de risco

A questão da saúde e dos comportamentos de risco na adolescência é entendida, como uma das maiores ameaças ao estado de saúde e bem-estar nesta etapa da vida. Começou-se por salientar o facto dos adolescentes constituírem um dos grupos mais saudáveis em termos etários. Contudo, os adolescentes também são frequentemente confrontados com problemas de saúde, muitas das vezes de origem comportamental, ou seja, devido à prática de comportamentos de risco (Simões, 2007).

Parte significativa da mortalidade na idade adulta tem a sua génese na segunda década da vida. A OMS estima que cerca de 70% das mortes prematuras em adultos são devidas, em grande medida, a padrões de comportamento que se iniciaram na adolescência, como o uso de tabaco, a violência e as condutas sexuais de risco (Prazeres, 2003).

Apesar dos comportamentos de risco para a saúde serem muitas das vezes transitórios e fazerem parte do desenvolvimento normal dos jovens, também é verdade que muitos jovens que se envolvem neste tipo de comportamentos apresentam dificuldades de funcionamento, a diversos níveis, que não se limitam à adolescência e que transitam para a vida adulta. Diversas teorias têm surgido para explicar os comportamentos de risco. De acordo com Igra e Irwin (1996) citados por Simões (2007), estas teorias podem-se agrupar em três tipos: as biológicas, as psicológicas/cognitivas e as envolvimentoais/sociais. As teorias biológicas sugerem que os comportamentos de risco resultam de predisposições ou efeitos hormonais. As teorias psicológicas/cognitivas analisam o papel das competências cognitivas, a forma como os indivíduos percebem os riscos e tomam decisões, e o impacto dos traços de personalidade e de determinadas características disposicionais, tais como auto-estima ou a procura de novas sensações, nos comportamentos de risco. As teorias sociais/envolvimentoais analisam o papel da família, dos pares e das normas comunitárias para explicar os comportamentos de risco. Os grupos sociais fornecem modelos,

oportunidades e reforços para a participação do jovem em comportamentos de risco. Estas teorias analisam ainda o papel da sociedade mais alargada através da passagem de determinados modelos comportamentais nos meios de comunicação, podendo também constituir fonte de influência para o comportamento dos jovens. Todas as teorias mencionadas, se debruçam nas influências dos comportamentos de risco, dado que o nível biológico, psicológico e social funciona como factores determinantes do comportamento. A tendência actual, no entanto, não é o estudo destes factores de forma segmentada mas sim em conjunto, dadas as influências, e inter-relações que existem entre os factores pertencentes a diversos domínios (Simões, 2007).

As mudanças de atitudes perante o consumo de droga aliada à crescente participação dos jovens em actividades recreativas nocturnas, têm influenciado e promovido a adopção de comportamentos sexuais de risco (Lomba, 2008).

Consumo de substâncias e sexualidade desde sempre estiveram presentes na História da Humanidade, apesar de variar a forma como ambas foram encaradas, sendo que, em alguns momentos, existiu uma maior abertura em relação às mesmas e noutros parece que predomina a repressão. Actualmente, parece existir uma maior abertura social em relação a estes temas, que é progressiva em relação à sexualidade, ainda que em relação ao consumo de drogas o mesmo não seja tão óbvio. É possível que algo de semelhante possa estar a ocorrer, o que se pode verificar a propósito da recente descriminalização do consumo de substâncias e de algumas medidas políticas relacionadas, como o incentivar do tratamento, como contraponto à defesa da punição do consumidor (Nodin, 2008).

Do ponto de vista individual, o consumo de drogas parece estar ligado a um ultrapassar das experiências negativas (dor, medo, cansaço, dúvida, desespero, etc.) e a um impulsionar das emoções positivas (procura permanente de estados de euforia e de prazer) (Henriques, 2002).

O consumo recreativo de drogas é cada vez mais comum entre os jovens estando associado à diversão e ao lazer, sendo uma das suas principais características a busca do prazer imediato em contextos de diversão. Pode instalar-se a dependência, onde o consumo passa a ser o principal objectivo e motivação na vida, fazendo tudo girar em ser redor.

O consumo de drogas em contextos recreativos é fortemente dominado pelo álcool. A maioria dos consumidores de droga em períodos de lazer não consomem grandes quantidades de drogas ilícitas combinadas com álcool, embora, alguns estudos sugiram que a

percentagem dos indivíduos que adoptam padrões mais “pesados” de consumo esteja a aumentar (Bellis, 2002).

Deehan and Saville (2003) referem que as drogas recreativas (cannabis, ecstasy e cocaína) frequentemente combinadas com álcool fazem parte da rotina das saídas nocturnas e Calafat *et al.* (2003) admite que esses consumos possam ter fins sexuais. Verificou-se que alguns dos jovens inquiridos têm expectativas de que o consumo destas substâncias lhes possa trazer benefícios a nível sexual pois recorreram ao seu consumo com esse intuito (ex. prolongar o acto sexual, facilitar o início das relações e ajudar a ter práticas sexuais invulgares). As substâncias mais usadas para esse fim foram o álcool e a cannabis, o que é compreensível pela sua maior acessibilidade (Lomba, 2008).

O policonsumo de grandes quantidades de drogas recreativas está associada a uma exposição repetida à disponibilidade de drogas e a imagens positivas de combinações de drogas entre pares sendo que a prevalência de consumo é mais elevada entre os jovens que frequentam discotecas do que entre os jovens que frequentam outros locais especialmente no que se refere à cannabis e a drogas estimulantes (Calafat *et al.*, 1999).

Carvalho (2007) refere que a cannabis é de longe a substância mais consumida em Portugal e na Europa, logo a seguir, ao álcool e ao tabaco. O ecstasy apresenta, no nosso país, uma prevalência actual superior aos usos de heroína e cocaína apesar da cocaína ter vindo a crescer em popularidade no meio festivo.

Segundo Mendes (2005), dependendo da forma de actuação ao nível do sistema nervoso central, distinguem-se três tipos de substâncias: depressoras, estimulantes e perturbadoras.

São exemplos de substâncias estimulantes a cocaína e o ecstasy (MDMA).

Parece que o uso de ecstasy e análogos se tornaram numa maneira fácil de obter divertimento e convivência, contudo não se pode deixar de pensar que o seu uso e o de outras drogas psicoactivas não seja um ensaio contra a vida, contra a liberdade e contra a segurança dos jovens sob uma forma de escravidão e perda de identidade (Lomba, 2006).

As substâncias depressoras são as que diminuem a actividade do sistema nervoso central como o álcool e a heroína.

Relativamente aos factores que poderão estar na base dos consumos excessivos de álcool, Ogden (2000) citado por Gonçalves (2004), avançam a hipótese deste reduzir a tensão, provocada pelas emoções negativas como a ansiedade e a tristeza. Segundo Hamburg

(1999) citado por Gaspar (2006), o consumo de álcool e outras substâncias é um importante contributo para comportamentos violentos, para comportamentos sexuais de risco, para a gravidez na adolescência e para os acidentes rodoviários.

Porém, de investigações realizadas, sabemos que álcool e drogas podem, pelo contrário, prejudicar a actividade sexual, por exemplo, dificultando a erecção no homem e a lubrificação vaginal da mulher. No caso do ecstasy, então, a perspectiva é ainda pior: apesar de as pessoas que consomem esta droga dizerem que se sentem muito próximas das outras (é a chamada *love drug*), o facto é que, sob o seu efeito, raramente se consegue ter relações sexuais. O mesmo acontece aos consumidores de heroína que perdem o interesse pela sexualidade, uma vez que, de entre outros motivos, toda a sua vida acaba por estar centrada em torno da droga, passando tudo o resto a ser secundário, ainda que muitas vezes se prostituam para obter dinheiro para os seus consumos (a sexualidade tem um papel instrumental sendo utilizada em função de um outro fim considerado mais importante) (Nodin, 2008).

O álcool diminui a inibição social, alienando ou conferindo um escape, motivo pelo qual os jovens o consomem em excesso (Gonçalves, 2004).

Perturbadoras são as substâncias que alteram ou modificam as vivências do mundo interno e externo do indivíduo como as cannabináceas que aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica, congestão dos vasos conjuntivais, diminuição da pressão intra-ocular e do lacrimejo, euforia, sonolência, ideias paranóides e intensificação da consciência sensorial. A longo prazo pode provocar alterações da memória, sintomas de ansiedade, ataques de pânico, sintomas depressivos, quadro psicótico-alucinatório-delirante bronquite, asma, cancro do pulmão e supressão de LH plasmática.

Segundo a OEDT (2002), nos ambientes de diversão nocturna, o consumo de drogas estimulantes como ecstasy, a cocaína e as anfetaminas, é vulgar sendo também consumidas substâncias alucinogéneas para fins recreativos. Muitas vezes são consumidos cannabis, sedativos, hipnóticos e tranquilizantes, juntamente com drogas recreativas. Sendo que o álcool continua a ser a substância psicoactiva consumida com mais frequência e de forma mais generalizada para fins recreativos. O consumo de drogas para fins recreativos e o consumo de bebidas alcoólicas em locais de diversão nocturna foram intensificados pelo consumo de estimulantes que mantêm as pessoas despertas.

De acordo com os dados do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde do Ministério da Saúde, observa-se que em 1998/1999, 22,2% dos jovens portugueses, entre os 15 e os 24 anos, eram fumadores, 3,3% já o tinham sido e 74,5% nunca tinham fumado. Dos fumadores, 53,2% consumiam menos de vinte cigarros por dia e 41,8% vinte ou mais cigarros. Outros estudos revelam que o consumo de tabaco, na adolescência e início da fase adulta, aumenta o risco de dependência de álcool e de outras substâncias (Brook, Zhang, Cohen & Whiteman, 2002). Segundo Geada *et al.* (1994), 23% dos estudantes universitário portugueses do sexo masculino referiram, na década de 90, fazer consumos de droga “mais do que ocasionais”. No ano 2000, o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência e o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência do Ministério da Saúde somavam um total de 9559 primeiras consultas a toxicodependentes, número esse bastante acima do registado em 1990, de 4840 consultas iniciais (Gonçalves, 2004).

Gonçalves (2004) chama a atenção para o facto do consumo e dependência de substâncias poder, por último, conduzir à morte por overdose, ou associar-se a comportamentos imprudentes (face à alteração da consciência), como os acidentes de viação e o sexo desprotegido (Shifano, 2000, citado por Gonçalves, 2004) que poderão ameaçar a vida.

O sexo desprotegido representa um risco quer de contracção de IST, quer de gravidez indesejada. Este risco aumenta quando o sexo desprotegido se associa a comportamentos como o elevado número de parceiros e de relações sexuais. Diversos autores têm dado conta da elevada prevalência destes comportamentos na população jovem e ao mesmo tempo, têm verificado que os jovens que iniciam mais cedo a vida sexual, são os que mais tendem a apresentar um número elevado de parceiros e de relações sexuais e os que revelam maior probabilidade de não usarem preservativo (Gonçalves, 2004).

Observou-se que os jovens com consumos regulares de substâncias (e, portanto, com consumos de maior risco) foram os que evidenciaram maior envolvimento em comportamentos de risco, no estilo de vida, na condução e no campo sexual por oposição aos abstinentes (Gonçalves, 2004).

Muitas pessoas consomem drogas por motivos sexuais. Algumas consomem drogas para se quererem sentir mais descontraídas e, portanto, mais capazes de travar novos conhecimentos. Outras tomam certas drogas porque acham que vão ter mais prazer nas relações sexuais. Outras ainda, tomam-nas para se desinibirem em relação ao sexo e por isso pensam que vão ser mais capazes de se envolver em relações sexuais se consumirem.

Quase todas as drogas podem ser utilizadas sob estes pretextos, ainda que algumas sejam mais associadas a esta questão, como sejam o álcool, o cannabis ou o ecstasy. Sem dúvida que, se a pessoa estiver um pouco desinibida, acaba por estar mais disponível para um envolvimento sexual, podendo até acontecer que tenha certos comportamentos e que se envolva com certas pessoas, que não faria se não estivesse sob o efeito de substâncias (Nodin, 2008).

Há quem defenda que o consumo de substâncias se relaciona com os comportamentos sexuais de risco, devido aos efeitos desinibidores dessas substâncias (Hackerman, 2002). Porém, Capaldi *et al.* (2002) consideram esta explicação insuficiente por, terem encontrado relação entre o consumo de substâncias não desinibidoras e as práticas sexuais de risco. Para estes autores, uma explicação possível é os jovens procurarem parceiros sexuais nos locais (festas), onde também costumam consumir substâncias (tabaco, marijuana e outras drogas ilícitas) (Gonçalves, 2004).

Contudo, Bellis e Hughes (2004) citados por Lomba (2008), verificaram que o consumo de álcool ou de drogas pode, em determinadas situações, funcionar como factor inibidor de eventuais comportamentos sexuais de risco, atendendo a que 14,4% dos jovens não tiveram relações sexuais por estarem “demasiadamente embriagados ou pedrados” para o fazer. Este facto poderá ser efeito de uma eventual disfunção sexual a que o consumo excessivo destas substâncias pode conduzir.

Verificou-se que a maioria dos participantes do estudo *Enjoying the night life in Europe. The role of moderation* (IREFREA, 2003), já tinham tido relações sexuais (87,3%) com maior incidência no grupo de jovens de idades dos 20-36 anos em confronto com o grupo dos 13 aos 19 anos; nos homens mais do que nas mulheres e nos consumidores mais do que nos não consumidores (Mendes, 2006).

Relativamente à sexualidade Lomba (2008) verificou que a maioria (89,44%) dos jovens já teve relações sexuais, com uma média de 2,66 parceiros, nos últimos 12 meses. Dado não preocupante, segundo a autora, se eventualmente associado a medidas de protecção.

A baixa idade do início da actividade sexual, expõe os adolescentes a vários riscos, em especial às VIH/Sida, torna-se problema de saúde actual e relevante, com tendência crescente e consequências desastrosas para a saúde dos indivíduos e para a sociedade. O pouco acesso a serviços de saúde próprios que estejam preparados para atender às peculiaridades desta etapa da vida, colabora para o piorar desta situação. O facto da actividade sexual

frequentemente ser escondida ou não permitida pela família, contribui para que esta aconteça de forma inadequada e irresponsável. São apontados como factores de risco para o início precoce da actividade sexual, a baixa idade da menarca/semenarca, o estímulo dos média, a baixa auto-estima e desestruturação familiar, o uso de drogas e álcool, a baixa escolaridade e o nível socioeconómico desfavorecido (Taquette, sd).

Enquanto no resto da Europa, a incidência de IST diminuiu, em Portugal continua a subir. Segundo um estudo realizado pelo Centro de Estudos da Família do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2005) mais de 40% dos portugueses nem sempre usa o preservativo em relações sexuais ocasionais ou quando tem mais do que um parceiro sexual e 20% nunca o utiliza.

Apesar das campanhas a favor do uso sistemático do preservativo, aderem a esta medida de protecção de forma inconsistente e continuam a correr riscos de contágio e de propagação do VIH. Os estudantes do ensino superior, que se supõe terem mais informação do que a população geral sobre os riscos das relações sexuais não protegidas, comportam-se bastante abaixo ao que seria de esperar de um grupo em formação superior (Oliveira, 2006).

Estudos efectuados em diversos locais mostram que a utilização de preservativo masculino está a aumentar nos adultos jovens, mas continua de alguma forma a ser inconsistente e a variar consoante o “tipo” de parceiro sexual. Por exemplo, uma parte significativa dos que declaram usar, dizem fazê-lo esporadicamente. A sua utilização é tanto mais efectiva quanto melhor for a capacidade de comunicação e de negociação entre os parceiros sexuais. Factores como a má acessibilidade e o custo elevado deste método contraceptivo, a natureza esporádica da actividade sexual, a falta de informação sobre o uso correcto, descrições ouvidas, comunicação inibida entre parceiros, normas e códigos sexuais rígidos constituem barreiras à utilização dos preservativos (Prazeres, 2003).

Nos últimos 12 meses, 67,47% dos jovens sexualmente activos não usou preservativo por confiar que o parceiro não teria nenhuma IST. Destes jovens, 20,48% refere não ter usado preservativo por não querer ou não gostar; 22,89% não usou porque não tinha preservativo e 9,64% não usou porque estava muito bêbado ou muito “pedrado” para o fazer (Lomba, 2008). Steve (2006) e Scott-Ham e Burton (2005) citados por Lomba (2008) referem que o consumo de álcool ou drogas leva a que os indivíduos não sejam capazes de negociar condições para um “sexo seguro”, como o uso de preservativo ou até mesmo recusar ou repelir assédios sexuais indesejáveis.

Estes resultados são consonantes com o defendido por Lomba (2006) que refere que o consumo de drogas nos ambientes recreativos relaxa inevitavelmente os costumes sexuais e por conseguinte aumenta o sexo livre e despreocupado. Segundo a autora, o relaxamento, a euforia e a desinibição, a diminuição do auto-controlo e da percepção do risco provocados pelas drogas faz com que o consumidor fique menos cauteloso, menos preocupado e acaba por esquecer as mensagens de sexo seguro a que sóbrio atenderia.

O conceito de risco merece especial tratamento nos jovens, pois, a ideia de risco está mais associada à noção de desafio, ao incentivo a ultrapassar os próprios limites, do que, propriamente, a ideia de prejuízo potencial para a saúde ou para a vida, do próprio ou de terceiros (Oliveira, 2008).

Observa-se frequentemente que os jovens estão conscientes de que os comportamentos adoptados são de risco, mas continuam a praticar esses comportamentos pois, não acreditam que possam estar pessoalmente em risco ou preferem ignora-lo, atribuindo mais importância a outras consequências inerentes a esses comportamentos.

Um aspecto importante que tem influência sobre o *risk-taking* é a percepção do risco. Se um risco não é percebido como tal, é provável que a resposta não seja a mesma que é dada a um comportamento que é percebido como sendo de risco. As percepções do risco traduzem-se na percepção da vulnerabilidade pessoal a um determinado acontecimento crítico sendo que as situações que envolvem risco conduzem a níveis significativos de incerteza e reflectem uma dificuldade na tomada de decisão e não apenas um cálculo de probabilidade de risco. Segundo Eiser (1996), quanto mais adversidade ou incerteza estiver associada ao alvo do comportamento ou situação, maior será o risco associado com esse comportamento ou situação (Simões, 2007).

Um dos aspectos essenciais na abordagem aos comportamentos juvenis e ao risco diz respeito, uma vez mais às questões de género. Na realidade, constata-se, através dos dados epidemiológicos, que continuam a existir, dois perfis diferentes de morbilidade e de mortalidade masculina e feminina, em consequência dos designados “comportamentos de risco” (Prazeres, 2003).

Rolf e Johnson (1990) consideram que o sexo masculino é um factor de vulnerabilidade, por mais frequentemente, experimentarem drogas ou abusarem do álcool (que alteram a consciência, podendo levar a comportamentos imprudentes como a troca de seringas ou o sexo desprotegido) e recorrerem a prostitutas(os). Por outro lado, consideram que ser

adolescente ou jovem adulto também representa uma vulnerabilidade, devido a tarefas desenvolvimentais como a definição da identidade sexual e o estabelecimento de relações íntimas, que os leva a procurar o envolvimento sexual, sendo frequente a mudança de parceiros. Outros factores como uma baixa auto-estima e a falta de competências interpessoais, a crença de que não se é capaz de lidar com o risco, ou que a prevenção não depende do próprio mas dos outros, ou mesmo as dificuldades de regulação emocional (do medo e da ansiedade face ao risco e à doença), que podem ser “resolvidas” com a negação do risco de VIH e da Sida, são tudo variáveis que também podem potenciar o risco de infecção pelo VIH, ou despoletar a Sida, se em interacção com os comportamentos de risco. Referem, por último, como factores de vulnerabilidades a procura de sensações, a impulsividade, a agressividade, a dependência emocional (ou da aprovação dos outros) e a escolha de parceiros e amigos com condutas de risco e desviantes (Gonçalves, 2004).

Apesar da transformação gradual de muitas práticas sociais, pesa, assim, a influência no desenvolvimento pessoal das normas estereotipadas da masculinidade e da feminilidade com implicações, também, na saúde: os dados da investigação apontam para que os rapazes que aderem, de uma forma mais vincada à masculinidade convencional refiram com maior frequência, por exemplo, terem consumos nocivos (álcool, etc.), empregarem violência nas relações pessoais ou terem comportamentos sexuais pouco seguros. Em relação à mortalidade por causas externas (acidentes, suicídios e homicídios), a predominância masculina é muito acentuada, para qualquer das causas de morte que for considerada. Por seu turno, o facto de não se cumprirem as normas de género prevalentes numa determinada comunidade pode acarretar custos em termos de saúde mental, pode condicionar negativamente a auto-estima, desencadear pressões familiares ou, inclusive, forte penalização social. Desde cedo, são induzidos a serem auto-suficientes e independentes, aprendem a não expressar preocupação nem queixas relacionadas com a saúde e a evitar a procura de ajuda nos momentos de grande stress. Têm, assim, menos oportunidades de beneficiar das redes sociais de apoio, sejam as informais, como a família, sejam as formais, como os serviços de saúde. O facto de viverem, em regra, mais tempo afastados de casa, da família e da escola acentua a menor acessibilidade a recursos de auxílio. O grupo de pares, podendo constituir um espaço confortável de socialização e de companheirismo não faculta, por seu lado, muitas oportunidades de discussão de necessidades pessoais e de questões de saúde. Os homens jovens e os adolescentes do sexo masculino têm muitas vezes índices elevados de IST, mas frequentemente ignoram-nas ou confiam em remédios

caseiros ou sugeridos por outros rapazes. A epidemiologia aponta para um número crescente de homens jovens que contraem uretrite por clamídia, que é assintomática em mais de 80% dos casos. A infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV) é frequentemente assintomática nos homens, o que significa, também, que estes podem infectar as companheiras (ou companheiros) sem disso se aperceberem. Sabendo-se que o HPV é a causa mais frequente do cancro do colo do útero na mulher e que no homem a probabilidade de provocar lesões malignas é muito baixa, este parece ser outro aspecto relevante quando se discutem questões de género e o risco induzido nas raparigas pelas condutas dos seus companheiros (Prazeres, 2003).

Os comportamentos masculinos, nomeadamente os dos homens mais velhos – incluindo um número médio de parceiros mais elevado, o uso de álcool e outras substâncias e o seu “maior controlo” sobre as relações sexuais, estão directamente relacionados com a disseminação do VIH. Daí que encorajar os rapazes a envolverem-se em comportamentos sexuais seguros, parece ter um papel importante na redução do seu próprio risco de contrair VIH, bem como no aumento das oportunidades de comportamento sexual enquanto adultos – e na protecção das suas companheiras. Os comportamentos sexuais dos rapazes que envolvem risco não podem ser abordados de forma isolada em relação aos outros comportamentos de risco para a saúde (Prazeres, 2003).

Do ponto de vista clínico e individual, é essencial compreender as causas para melhor poder intervir em situações terapêuticas adequadas a cada indivíduo e à relação que estabelece com os consumos e as substâncias consumidas (Gomes, 2006).

Para a OEDT (2006) registou-se uma mudança de paradigma da prevenção no sentido de dar mais atenção à forma como os estilos de vida influenciam os hábitos recreativos dos jovens, bem como no sentido de desafiar a percepção de que o consumo de droga é normal.

Os custos para a saúde e sociais serão consideráveis se não se conseguir quebrar o elo entre o consumo de droga e a diversão na mente dos jovens.

Costa (2008) refere que o facto da cultura popular especialmente a música, retratar o uso de drogas como normal, não ajuda a debelar o problema e que as futuras estratégias terão de passar por uma maior prevenção em meio escolar, num trabalho que inclua professores, pais e associações de estudantes.

Os profissionais da prevenção valem-se cada vez mais da internet para chegar cada vez mais aos jovens consumidores mas é também dos computadores que os jovens recebem mensagens a favor da droga como sites de instruções de como enrolar charros ou fazer bolachas de erva ou fabricar LSD (Dietilamida do ácido lisérgico).

É contraproducente a passagem de mensagens contraditórias devendo ser feita uma censura pedagógica direccionada para o mal que faz à saúde.

Assiste-se, então, nos últimos anos a uma massificação e democratização dos ditos consumos recreativos que ocorrem em grupo, contextualizados numa temporalidade e espaços próprios (bares, discotecas, festas) em que a sua extensão e intensidade conduz a um risco individual acrescido de eclosão de problemas, o que nos obriga a pensar, a repensar e a inventar novas formas de chegar às pessoas (Goulão, 2005).

Dado que as tentativas de redução da oferta têm fracassado e continua o acesso fácil à droga para consumo nos locais de diversão nocturna, é necessário conceber respostas inovadoras que se centrem nos riscos associados aos consumos nos espaços recreativos nocturnos (OEDT, 2002).

Não convém esquecer que este problema trata essencialmente de consumos exagerados por parte dos jovens mas que podem não ser toxicodependentes e não se vêm como tal.

Portanto, na perspectiva do psicólogo Vítor Silva (2006), as campanhas pela negativa não têm resultados e defende um discurso pela positiva e pela proximidade, sugerindo, por exemplo para o ecstasy, no início da noite, que o discurso deveria ser de alerta para os riscos e apelo para consumir pouco. A meio da noite, a opção teria que ser pela redução de danos, alertando para pararem o consumo e beberem líquidos (água e sumos). No final da festa, o discurso seria de reparação, aconselhando-os ao repouso e à ingestão de alimentos saudáveis para reduzir os efeitos (Alves, 2006).

Como intervenção integrada de rua para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e aumentar a adesão a medidas de protecção através de acções de diagnóstico, informação e intervenção com educadores de pares, temos o projecto “Antes que te Queimes” da ESenfC (Brito, 2007).

Segundo Brito *et al.* (2006), esta iniciativa tem como principal objectivo, tendo em vista e a minimização de danos e a redução de riscos, o aconselhamento personalizado a partir da avaliação da alcoolemia e do risco de danos associados (sexo desprotegido e sinistralidade

rodoviária), distribuindo preservativos femininos e masculinos e prestando primeiros socorros aos jovens que se encontrem embriagados. Este aconselhamento é realizado por jovens estudantes do Curso Superior de Enfermagem e assenta na metodologia de educação pelos pares, em que jovens sensibilizam outros jovens.

Santos (2009:14) salienta que “(...) a educação pelos pares reconhece nos jovens competências e capacidades que lhes permitam resolver problemas da sociedade, junto de uma população que possui características semelhantes às suas, como sejam a idade, género ou cultura.” A autora continua referindo que a educação por pares “(...) é considerada uma estratégia educativa muito vantajosa, eficiente e pouco dispendiosa e que promove *duplo empowerment* visto que tanto quem ensina (educadores de pares) como quem recebe o aconselhamento (pares educandos), aprende.”

Brito (2010) aponta o principal ganho destas estratégias como sendo o facto de que os jovens que aconselham são os que mais ganham pois, todos os anos, cerca de cem novos estudantes, voluntários, deixam de beber e passam a ser consumidores responsáveis.

A OEDT (2002) reconhece que a definição de regras de segurança simples e básicas a pôr em prática nos locais de diversão nocturna, como método mais directo de prevenção dos danos causados pela droga. Com o objectivo de minimizar os riscos de saúde mais frequentes, as orientações recomendam a formação de pessoal em primeiros socorros, o controlo das substâncias e a detecção rápida dos problemas.

A educação sexual explícita foi esquecida ou silenciada. A maioria dos jovens têm sido preparados para a vida sexual adulta pela ignorância, pela auto-formação através das leituras da crónica feminina em voga na sua época ou pela troca de experiências no seu grupo de pares, igualmente (não) formados. Nos últimos anos esta situação tem-se alterado progressivamente. Os jovens de hoje vivem numa sociedade cada vez mais permissiva em relação à sexualidade. Existindo disponíveis, múltiplas fontes de informação/educação sexual, seguras. Os média são uma fonte importante de informação para os jovens mas, bombardeiam os rapazes e as raparigas com imagens de corpos perfeitos, com sucesso económico, social e sexual, passando mensagens pouco realistas que podem provocar angústias enquanto negligenciam a comunicação e o apego (Roque, 2001).

“(...) o problema do uso/abuso não está tanto as substâncias mas, sim, nas pessoas e nas razões escondidas para que o façam.” (Mendes, 2005: 27)

2. SEXUALIDADE RESPONSÁVEL

Independentemente da problemática sociocultural em questão é cada vez mais óbvio que a intimidade sexual actual envolve muitos mais riscos de integridade física e psicológica. Educar para o desenvolvimento de uma intimidade sexual terá que ultrapassar as áreas da informação acerca das IST, do sexo seguro, da contracepção e outras medidas de saúde sexual e reprodutiva. A informação, só por si, não garante a mudança de comportamentos. Desenvolver a intimidade sexual passa obrigatoriamente por envolver no comportamento sexual a responsabilidade, o respeito e a honestidade. Implica pensar previamente, preparar ou prevenir, não só os processos, mas também as suas consequências (Walters, 1992; Chlckering & Reisser, 1993 citados por Pinheiro, 2003). Sentir-se confortável e responsável são alicerces seguros para construir um relacionamento sólido (Pinheiro, 2003).

Ser sexualmente responsável implica que as pessoas não sofram qualquer tipo de pressão, discriminação e/ou violência. Ser sexualmente responsável significa respeitar e usufruir de direitos fundamentais já consagrados em declarações internacionais e na legislação de muitos países, incluindo a portuguesa. São consideradas atitudes sexualmente responsáveis e saudáveis: apreciar o seu próprio corpo; procurar informação que possa melhorar a vivência sexual e a saúde reprodutiva; assumir que o desenvolvimento individual envolve a dimensão sexual e que esta pode implicar, ou não, ter relações sexuais; interagir com ambos os géneros, respeitando as diferenças; assumir a sua orientação sexual e aceitar a das outras pessoas; exprimir o afecto e a sexualidade de formas adequadas; desenvolver relações com base no respeito mútuo; tomar decisões informadas; comunicar e dialogar com a família, com parceiros e colegas; utilizar métodos que impeçam a gravidez indesejada; evitar comportamentos que facilitem a transmissão IST; prevenir o abuso sexual; aceitar quem tenha estilos de vida diferentes; distinguir comportamentos portadores de bem-estar daqueles que podem ser nocivos; procurar apoio para o acompanhamento e cuidados pré-natais; realizar exames periódicos para avaliar a sua saúde sexual; promover o acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva; exercer o dever democrático, apoiando acções que influenciem decisões políticas relativas à promoção da saúde sexual e reprodutiva; evitar comportamentos não tolerantes e fundamentalistas; não aplicar estereótipos sobre a vivência sexual de indivíduos, grupos ou populações (Adaptação da

List Behaviors of Sexually Healthy Adults, da autoria da SIECUS – Sexuality Information and Education Council of the United States citado por APF, 2008).

2.1. ABC da sexualidade

Sexo mais seguro significa que se pretende reduzir ao máximo os riscos. Risco de ocorrência de uma gravidez indesejada ou de transmissão de uma infecção como por exemplo, o VIH/Sida. Praticar sexo mais seguro não significa que se tenha que prescindir do prazer. Explorar o sexo seguro pode tornar o sexo ainda melhor, porque pode melhorar a comunicação entre parceiros, aumentar a intimidade e a confiança, prolongar o jogo sexual, aumentar a intensidade do orgasmo, diversificar o prazer sexual, diminuir a ansiedade e fortalecer as relações (APF, 2008).

Face ao problema do preservativo não ser 100% seguro, a OMS tem vindo a propor um conjunto de medidas complementares, tais como: Abstinência (de qualquer actividade sexual ou de actividades sexuais de alto risco); Fidelidade (ter um só parceiro ou reduzir o número de parceiros); Uso do preservativo de forma correcta e consistente (Oliveira, 2008).

Ao conjunto destas três recomendações está convencionado chamar-se “ABC da Prevenção do VIH”, sendo “ABC” a sigla em inglês para “Abstinence”, “Being Faithful” e “Condom Use” (UNAIDS, 2004).

A defesa da abstinência sexual como estratégia isolada, parece estabelecer uma meta irrealista, uma vez que: o número de aderentes (12% nos Estados Unidos) é inferior às taxas de adesão ao preservativo; quem faz o voto de abstinência e o cumpre não tem qualquer garantia de reciprocidade por parte de um(a) futuro(a) companheiro(a); quem faz o voto de abstinência e não o cumpre se expõe mais facilmente a situações de sexo desprotegido e a mensagem e a defesa da abstinência competem em pé de extrema desigualdade, com os apelos hedonistas e muito erotizados do meio sócio-cultural envolvente. A fidelidade tem também as suas dificuldades: o objectivo das campanhas a favor da fidelidade é reduzir o número de parceiros sexuais ao longo da vida, estimulando a monogamia e a fidelidade mútua dos casais. Os jovens, pelo menos nas primeiras fases da sua vida sexual, mudam de parceiro com alguma frequência e não estabelecem de imediato aquilo a que chamamos um casal, sendo também, actualmente, frequente a ocorrência de mais que um casamento ao

longo da vida. Além disso, a fidelidade só resulta se ambos os companheiros forem consistente e mutuamente fiéis (Oliveira, 2008).

Oliveira (2008) é de opinião que a estratégia da OMS, como forma de intervenção em saúde pública, vale pela reunião das três medidas em conjunto e não por qualquer uma delas em particular. Em Portugal privilegia-se apenas o uso do preservativo como estratégia de contenção da epidemia VIH/Sida. Muitos consideram, ainda, que a abstinência sexual não oferece quaisquer vantagens preventivas face à prática de relações sexuais com preservativo.

São referidas como regras básicas a seguir a fim de evitar as IST: evitar a entrada dos fluidos do seu parceiro(a) na sua vagina, ânus ou boca; não tocar em feridas causadas por IST; não ter actividade sexual se tiver sintomas de IST; verificar periodicamente se é portador de alguma IST através de exames médicos; usar sempre o preservativo (APF, 2008).

Oliveira (2008) é de opinião que, o uso do preservativo, por si só, está longe de constituir uma estratégia segura. A adesão a este método tem sido sempre insuficiente e está sujeita a múltiplos preconceitos de imagens e factores circunstanciais que dificultam o seu uso consistente. A palavra preservativo está associada a uma conotação científica erudita que viria ocupar um novo contexto no seio de uma nova moral. O novo contexto era a liberdade sexual e a nova moral o pensamento higienista e médico. A escolha da palavra para designar o objecto, não é indiferente. Um termo erudito e científico não se adapta a situações de intimidade, afectividade e prazer. A autora considera, ainda, que a palavra preservativo induz a ideia de intrusão e falta de espontaneidade. Não será por acaso que os brasileiros, utilizam o termo preservativo nas comunicações e nos trabalhos técnicos e científicos, mas privilegiam a designação camisinha para veicular as mensagens preventivas. Em Portugal, há até quem utilize a designação profiláctico, cuja conotação sanitária é ainda mais evidente. Os termos preservativo e profiláctico apresentam a desvantagem de induzirem nos receptores das mensagens a ideia de intrusão da medicina e dos cuidados profilácticos no terreno das práticas de intimidade, sendo a intrusão muitas vezes vivenciada como um estímulo aversivo.

Ao longo dos tempos, a imagem do preservativo tem mudado. Passou a ter um significado positivo em oposição à imagem negativa que tinha até então. Para os rapazes tem uma conotação de virilidade, pois, ao andar com preservativos na carteira, ainda que sejam só para estar na carteira, é sinal de que já iniciou a sua vida sexual. Contudo, Knauth (sd)

citada por Oliveira (2008) refere que se devem questionar sobre quais são os limites dessas mudanças, pois, enquanto para os rapazes o preservativo é símbolo de virilidade, para as raparigas é, pelo contrário, símbolo de promiscuidade sexual. Na actualidade o preservativo é mais aceite, mas não necessariamente no sentido positivo, ou seja, é aceite para aquelas situações e parceiros(as) considerados(as) de risco (Oliveira, 2008).

Ao nível sexual, como anteriormente referido, a única forma eficaz de evitar o contágio do VIH é com a utilização adequada do preservativo em todas as relações sexuais e durante todo o acto sexual. Não obstante, alguns autores referem também a importância dos chamados comportamentos protectores da saúde, como a abstinência sexual, a monogamia (ter apenas um parceiro sexual na ausência de outros relacionamentos paralelos), a não utilização de álcool ou de outras drogas que comprometam o juízo crítico, o ter um estilo de vida saudável e a frequência regular das visitas ao médico. Se a abstinência sexual poderia ser considerada o meio preventivo para o VIH por excelência, o que se sabe é que a maioria dos jovens e adultos não é capaz de adoptar esta estratégia eficazmente, considerando-a irrealista. Desta forma, mantém-se a ideia da utilização do preservativo como método mais eficaz para evitar o contágio desta doença por via sexual (Nodin, 2001).

Para Alvarez (2005), a utilização do preservativo de látex, caso se desconheça o estado serológico do parceiro constitui o comportamento de protecção sexual mais eficaz no combate à disseminação do VIH, apesar de não ser completamente seguro, pois, tem uma taxa de insucesso de 2 a 3% quando utilizado correctamente e de 15% quando utilizado incorrectamente.

Quatro meta-análises realizadas entre 1993 e 2002 revelaram que a taxa de segurança do preservativo oscila entre 69 e 94%. Outros estudos efectuados com casais sero-discordantes demonstraram que o uso do preservativo reduz em 90% a probabilidade de transmissão do VIH durante o sexo com penetração. A OMS, conclui que o uso do preservativo correctamente e de forma consistente reduz o risco de transmissão em cerca de 90%. Porém, a OMS (UNAIDS, 2004) esclarece: “uma eficácia de 90% não significa que a transmissão do VIH ocorra em 10% dos actos sexuais em que é usado o preservativo. De facto, o risco de transmissão é muito mais reduzido. Sendo o risco de transmissão sexual de 1:500 quando se tem uma relação sexual sem preservativo, ele passa a ser de 1:5000 quando se usa o preservativo” (Oliveira, 2008: 79).

As dificuldades em obter contraceptivos pela sua baixa acessibilidade, bem como a ansiedade face à sua aquisição devido à suspeita da eventual condenação por parte de terceiros, são factores tidos como relevantes para o comportamento contraceptivo. A sanção social associada ao comportamento parece também ter uma influência significativa na utilização adequada de contracepção. Esta ansiedade refere-se ao facto, da necessidade de eventualmente ter que discutir o assunto com um profissional de saúde, mas também, e principalmente, de o ter que discutir com o parceiro sexual. Associada a esta questão encontra-se a da ausência frequente de apoio do parceiro face à utilização do preservativo, que é, aliás, na opinião de Nodin (2001) uma constante referida nos diversos estudos que se debruçam sobre este assunto.

A decisão sobre a utilização do preservativo, numa relação sexual, está mais dependente de factores ligados à sexualidade no seu todo, com os condicionantes psicológicos, relacionais, culturais, afectivos e situacionais que a caracterizam, do que de todas e quaisquer considerações de natureza sanitária preventiva (Oliveira, 2008).

Os jovens parecem continuar a apresentar atitudes e crenças negativas em relação à utilização do preservativo, apontando razões como ineficácia, diminuição da sensibilidade, do prazer e da espontaneidade da relação, sentimentos de desconforto e embaraço na utilização e aquisição do preservativo, pouca acessibilidade aos preservativos, consequências interpessoais negativas, como a percepção de desconfiança face ao parceiro ou a possível ameaça de ruptura da relação. Os adolescentes podem encarar o uso do preservativo como uma barreira na obtenção dos benefícios da actividade sexual, o que diminui a intenção e a probabilidade de o utilizar (Dias, 2009).

Dias (2009), salienta, ainda, que o preservativo está muito associado a relações casuais, a infidelidade e a doenças, o que interfere negativamente com as crenças de confiança, intimidade e compromisso subjacentes a uma relação amorosa. Torna-se o diálogo sobre a utilização do preservativo difícil, pois é, normalmente, interpretado como sinal de desconfiança e de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico. Os adolescentes tendem a considerar que o facto de terem relações sexuais no contexto de uma relação amorosa, estável e de confiança os coloca numa posição de pouco risco face à infecção pelo VIH/Sida. No entanto, os jovens que têm relações sexuais desprotegidas numa relação monogâmica podem estar em risco não pelo seu comportamento, mas pelo comportamento de risco do seu parceiro. Por outro lado, os

jovens caracterizam-se por estabelecer, num período relativamente curto várias relações monogâmicas, o que leva que a relação monogâmica como estratégia de prevenção do VIH/Sida seja pouco eficaz e os coloque em risco.

Alvarez (2005) salienta que a população mais jovem utiliza mais o preservativo do que a mais velha, e fá-lo com mais frequência do que os mais velhos para evitar IST, sendo o uso mais frequente em pessoas que não têm uma relação estável e duradoura. A intenção de utilizar preservativo mostra-se uma das variáveis com maior relação com a sua utilização e o seu maior obstáculo, o embaraço provocado pela sua compra.

As atitudes dos pares ou a percepção de que estes valorizam e utilizam o preservativo também constituem para os estudantes do ensino superior um forte preditor da sua utilização, em particular, a percepção de que este comportamento é aprovado pelo parceiro sexual. Para a população em geral, estas normas influenciam mais o uso do preservativo com parceiros casuais ou secundários do que com parceiros primários (Alvarez, 2005).

No estudo Comportamentos de Risco em Mulheres Portuguesas (Vieira, sd) permite supor que existe alguma resistência ao uso do preservativo provocada pela associação de valores depreciativos nomeadamente a diminuição do prazer sexual, não parecer natural e o facto deste romper facilmente. Por outro lado, constata-se, ainda uma consequente sensação de embaraço relativamente à sua aquisição. Um outro aspecto que influencia a decisão do não uso do preservativo prende-se com a sua funcionalidade estar, ainda, associada à ideia de prevenção de gravidez.

A relação do preservativo com a prevenção da gravidez faz sobressair o seu carácter mais contraceptivo do que profilático. O medo de engravidar parece continuar a ser, entre heterossexuais e estudantes do ensino superior em particular, o principal factor motivacional para o uso do preservativo. A ênfase na “prevenção da doença” talvez não seja, então, a melhor forma de ajudar os indivíduos a protegerem-se, havendo necessidade de relacionar os benefícios da protecção com a demonstração de preocupação, afecto e cuidado pelo parceiro. Há sinais de que as pessoas consideram as relações sexuais não protegidas como mais românticas e especiais (Flowers *et al.*, 1997; Rosenthal, Gifford e Moore, 1998) e os preservativos podem constituir riscos para o desenvolvimento potencial de uma relação romântica mais estável. Também a existência de uma relação monogâmica se associa ao carácter desnecessário do preservativo (Hammer *et al.*, 1996; Misovich, Fisher e Fisher, 1996).

Alvarez (2005) considera os factores mais claramente associados à utilização do preservativo: as atitudes face ao preservativo, as normas sociais, as intenções comportamentais, a percepção de auto-eficácia, a experiência prévia no uso do preservativo, a motivação para a prevenção da gravidez, a disponibilidade do preservativo, a comunicação sobre a sua utilização e o estatuto do relacionamento. A experiência prévia associada ao uso do preservativo é uma variável com interferência no contexto em que a sua utilização ocorre, e a possibilidade do preservativo poder estar sob o controlo do hábito, e não apenas da intenção, conduziu à exploração da relação entre o uso prévio do preservativo e a sua utilização futura. Alguns autores consideram que quando os preservativos são utilizados pelo indivíduo com alguma frequência, têm maior probabilidade de estarem disponíveis se forem necessários. Como os indivíduos não gostam, habitualmente, de planear os encontros sexuais por lhe atribuírem um carácter incompatível com a espontaneidade associada à relação sexual entre duas pessoas, é possível que se encontrem sem preservativo quando ele se mostra necessário tornando-se este aspecto num obstáculo considerável ao seu uso.

O conhecimento dos principais obstáculos ao uso do preservativo tem sido igualmente de grande utilidade para a compreensão da especificidade deste comportamento de protecção. Oliveira (2008) aponta como mais um factor do não uso do preservativo o facto de este estar a ser distribuído gratuitamente. Na Índia as campanhas de planeamento familiar foram mais bem sucedidas quando se substituiu a distribuição gratuita pela venda dos preservativos a preço reduzido, assim como na França.

Alvarez (2005) considera que a utilização do preservativo é mais eficaz do que a redução do número de parceiros, uma vez que foi possível mostrar que os riscos de infecção são menores ao usar consistentemente o preservativo com vários parceiros do que não usando e tendo relações sexuais com parceiros mais seleccionados.

Heilborn (1999) citado por Vieira (sd), num estudo desenvolvido no Rio de Janeiro, a propósito dos comportamentos assertivos em relação ao uso do preservativo, mostra que as mulheres, embora conscientes dos riscos do VIH/Sida, submetem-se à vontade masculinas e desistem do uso do preservativo.

Nodin (2008) a título de sugestão refere que, seria interessante, averiguar até que ponto é que a motivação para a utilização do preservativo se refere à prevenção da gravidez, do contágio pelo VIH, ou de ambos. Parecendo-lhe um aspecto que, com alguma frequência é

negligenciado nas investigações nesta área, mesmo nas que se debruçam, conjuntamente sobre as duas questões.

Zaplan (1993) citado por Nodin (2008) acerca utilização de preservativo, conclui que o conhecimento contraceptivo não é o único nem o principal factor a afectar a utilização do método. Efectivamente, diversas variáveis, tais como a personalidade do indivíduo ou factores relacionais e emocionais têm um importante papel ao nível do seu comportamento sexual

2.2. Saúde sexual

Segundo o Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde (2002), uma sexualidade sã inclui três conceitos básicos: “la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social; La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de la sexualidad o perturben las relaciones sexuales; La ausencia de trastornos orgánicos Y de enfermedades Y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.”

Nos últimos anos, a saúde sexual e reprodutiva dos jovens tem sido objecto de medidas legislativas e políticas, específicas – Lei 13/84 “Direito à Educação Sexual e ao Planeamento familiar”, Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei 120/99 e o DL 259/2000 – reforçam as garantias do direito à saúde sexual e reprodutiva dos jovens e contempla os pressupostos para a implementação de projectos na área da promoção da educação sexual e do acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar (Dias, 2009).

Nodin (2001) faz referência a vários factores que explicam o aparecimento da Saúde Sexual e Reprodutiva. De acordo com Ogden (1999), citado por Nodin (2001) a sexualidade foi concebida enquanto função biológica tendo como objectivo a reprodução, posteriormente tendo como objectivo o prazer e acabou, nas últimas duas décadas, por ser concebida como um potencial risco para a saúde, ou seja, como uma maneira através da qual os indivíduos podem pôr em causa o seu bem-estar e integridade física.

O conceito de Saúde Sexual procura, então, ter uma abordagem multidimensional da sexualidade humana, não limitada apenas aos seus aspectos biológicos e fisiológicos.

São integradas as facetas emocionais, afectivas e relacionais da sexualidade, abordam-se questões tais como a autodeterminação sexual, a comunicação entre parceiros, a atracção e o amor, as normas e valores, o comportamento sexual e a vivência da sexualidade, entre outras.

O conhecimento acerca dos aspectos da sexualidade e dos comportamentos sexuais, é por vezes limitado para o desenvolvimento e a implementação de programas de intervenção efectivos, oportunos e direccionados a investigação no âmbito dos seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais e da infecção. Os estudos têm demonstrado que as intervenções preventivas não se podem centrar somente na diminuição ou na eliminação das variáveis ligadas ao risco, devendo, também, desenvolver processos que estimulem as potencialidades e os factores protectores de modo a promover a saúde. Muitos estudos focam predominantemente os factores individuais que podem contribuir para a adopção de comportamentos sexuais de risco. Tendo em conta a complexidade do fenómeno, a investigação centrada nos factores individuais limita a compreensão das associações a todos os factores envolvidos. Por outro lado, as avaliações das intervenções centradas no individuo parecem demonstrar que estas, na sua maioria, apenas produzem mudanças comportamentais de curta duração. Em Portugal, a saúde sexual e reprodutiva tem merecido uma crescente atenção reconhecendo-se que os jovens constituem um dos grupos sujeitos a maiores riscos nesta área. Os aspectos relacionados com a saúde e aos estilos de vida são complexos, uma vez que os comportamentos relacionados com a saúde são resultado de várias influências e, por outro lado, constituem um dos principais factores determinantes dos estados de saúde/doença (Dias, 2009).

A sexualidade é uma dimensão da vida pessoal, das relações interpessoais e da vida em sociedade e, neste contexto, é também área privilegiada de intervenções profissionais diversas e um objecto de estudo científico. Várias foram as motivações que despertaram este interesse profissional e científico pela sexualidade humana: de um lado, a saúde mental que relacionou a vivência da sexualidade como fonte de bem-estar ou de mal-estar pessoal e relacional; de outro lado, a saúde pública que teve de confrontar-se com problemas importantes relacionados com a sexualidade, nomeadamente, o problema das gravidezes não desejadas e do recurso ao aborto, as IST e, em particular, nas últimas duas décadas a emergência do VIH/Sida, e o problema da gravidez e maternidade precoces em jovens e adolescentes (Vilar, 2008).

A consciencialização generalizada da incapacidade até ao momento, de eliminar o vírus do VIH/Sida suscitou, já no final do século XX, consideráveis esforços por parte da comunidade científica. O posicionamento social face ao Sida afectou a forma como se desenvolveram as investigações ao longo do tempo. Nas sociedades modernas, a saúde tornou-se um indicador do equilíbrio de bem-estar geral e de desenvolvimento social, económico e cultural. A problemática do Sida fez transparecer as vulnerabilidades e fragilidades dos países mais desenvolvidos e distanciou, ainda mais, os países pobres no que respeita aos indicadores de saúde (ONUSIDA, 2000 citado por Vieira, sd).

A compreensão de que muitos destes problemas são particularmente acentuados nos grupos socialmente mais desfavorecidos e que são um dos factores geradores de pobreza, colocou a sexualidade, a educação sexual e as políticas de saúde sexual e reprodutiva no contexto do desenvolvimento e das políticas de luta contra a pobreza (Vilar, 2008).

A Educação para a Saúde, na qual se integra a Educação Sexual, concentra-se na mudança de atitudes e crenças, julgados, como determinantes do comportamento, tendo em vista a promoção do melhor estado de saúde. Paralelamente a este movimento educativo, a promoção da saúde, com o objectivo de melhorar a saúde e prevenir a doença, estendeu-se a campos sociais e legislativos. Tal aconteceu com a Educação Sexual. O Estado, numa perspectiva de melhorar a saúde dos adolescentes e prevenir a doença, deu início a um processo legislativo e de implementação da Saúde Sexual e Reprodutiva nas escolas através do conceito Educação Sexual. A Educação Sexual tem como objectivo a integração harmoniosa das diversas facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante de crianças e jovens enquanto seres sexuados. Neste sentido a Educação Sexual foi pensada através de uma abordagem transversal não reducionista, isto é, respeitando uma estrutura multifacetada da sexualidade humana, abordando relações interpessoais, responsabilidades, anatomia e fisiologia, etc. (Sentidos e Sensações, 2004).

Sarjeant (1993) citado por Nodin (2001), defende que as dificuldades existentes na adesão a comportamentos sexuais e contraceptivos seguros se podem atribuir, em grande medida, ao desconforto dos técnicos de planeamento familiar em lidar com as questões do prazer sexual dos seus utentes. Esta autora afirma ainda que enquanto não se aceitar que o planeamento familiar tem a ver com sexo, saúde e prazer sexual, continuamos a emitir mensagens e a prestar serviços que não têm em consideração as necessidades dos nossos utentes.

A utilização de uma lógica meramente racionalista para efeitos de prevenção de, doenças ou de minimização de riscos é pouco motivadora para os jovens, pois, vivem em plena saúde e sob a influência de fortes pulsões (Oliveira, 2008).

Investigações na área da educação por pares sugerem que os educadores de pares têm, maior aceitabilidade e facilidade para alcançar as populações de mais difícil acesso, no sentido de traduzir mensagens de educação para a saúde para que sejam culturalmente adequadas e para comunicar essas mensagens aos jovens na medida em que têm uma influência importante nas normas, atitudes e comportamentos. A educação de pares parece ser também mais efectiva do que a educação tradicional quando ao lidar com a sexualidade e em que estão envolvidos valores pessoais, culturais e questões emocionais (Dias, 2009).

Contudo, Nodin (2001) adverte para o facto de que falar com os amigos e colegas é uma das formas mais habituais de aquisição de informação de sexualidade junto dos jovens. É através dos amigos que o processo de socialização se efectua. Esta procura de informação tem as suas vantagens e as suas desvantagens. As desvantagens prendem-se com o facto de que muitas vezes, os conhecimentos que os jovens têm sobre sexualidade são incorrectos, fundamentados em crenças deturpadas ou falsas.

O GTES (2007) salienta que o espaço familiar é privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Os exemplos dos pais e irmãos, a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da internet, constituem modelos e referências muito importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia, só conseguidas no final da adolescência. Por isso, sempre se definiu como fundamental a participação dos encarregados de educação nas diversas fases dos programas de educação para a saúde em meio escolar e a cooperação entre a escola e a família como uma das vertentes nucleares dessas actividades. A escola também deve ser considerada como um contexto importante para possibilitar aos estudantes um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade e para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos. Nunca se deverá esquecer que compete à família a educação dos seus filhos, mas deverá organizar-se numa perspectiva de cooperação com os agregados familiares, de modo a conseguir não só potenciar a informação pertinente, mas também tentar promover um conjunto de comportamentos ajustados e sem riscos no campo sexual.

3. SEXUALIDADE E CONTEXTOS RECREATIVOS

A transição para o ensino superior tem vindo a ser progressivamente assumida como acarretando mudanças na qualidade e quantidade dos relacionamentos interpessoais, reclamando de uma reorganização contínua das redes sociais individuais (Pinheiro, 2003).

Lomba (2006), afirma que a sexualidade, que ocupa um papel central e de prestígio na vida dos jovens, é um dos ideais veiculados pela diversão. Se há uns anos atrás os espaços, que possibilitavam encontros sexuais se restringiam à prostituição, hoje, esta situação mudou. Os jovens encaram o sexo como mais uma actividade a que podem e devem aceder e os espaços recreativos permitem-lhes encontros que podem terminar em ligações sexuais, sem que tal seja o início de uma relação romântica.

“Os espaços de lazer e os consumos associados referenciam estímulos de vida que se inscrevem em lógicas alternativas de libertação e de identificação” (Henriques, 2002: 13).

A noite potencia e facilita fenómenos interditos ao dia, que se estruturam numa lógica social e cultural própria, por isso, até há bem pouco tempo as actividades associadas à noite permaneciam marginais e os seus protagonistas, produtores e consumidores, eram vistos como personagens dúbias (Pais, 1999).

Na grande maioria dos ambientes recreativos nocturnos, o rock and roll perdeu protagonismo e cedeu posição de destaque à música electrónica. No entanto, a máxima “sex and drugs and rock and roll” mantém-se viva, bem como o seu significado actual, uma vez que continua a caracterizar as fortes ligações existentes entre a música, as drogas e o sexo (Lomba, 2008).

A prática de sair à noite aparece ligada a novos modos de vida juvenis que se caracterizam por uma entrada tardia nos mercados de trabalho e pela ênfase colocada no consumo (Pais, 1999).

É a identificação com os lugares que motiva as escolhas individuais e de grupo (Henriques, 2002).

Os espaços de lazer que encontramos na noite definem consumos culturais específicos e referenciam estilos de vida. A identificação com os lugares motiva as escolhas individuais e grupais. Apesar de haver quem saia sozinho, a prática de sair à noite, constitui, na maior parte dos casos, um acto colectivo, partilhado por grupos de referência. As culturas juvenis

da definem-se, neste sentido, a partir dos locais de encontro, convívio e sociabilidade (Pais, 1999).

Os contextos festivos são muito variados: festas em regime outdoor mas em contexto urbano; festas em regime indoor (clubbing) e as festas outdoor em cenário natural, afastados do contexto urbano (Carvalho, 2007).

“Na realidade não existe “a festa” mas, pelo contrário, várias festas que traduzem a miríade de sensibilidades e expressões juvenis que se reúnem sob etiquetas mais ou menos específicas “adeptos de electrónica”, da “dancemusic” ou, simplesmente, “party people”” (Carvalho, 2007: 117).

A organização e apropriação do espaço são um dos meios para apreender a identidade dos grupos sociais que aí se encontra. Considera-se então, o espaço como expressão de possibilidades colectivas. Os consumos têm expressão predominante em festas de acesso mais ou menos restrito e as festas funcionam como atractores e concentradores de indivíduos com um interesse comum: o consumo.

Os lugares da noite facilitam o aparecimento destes comportamentos e consumos de risco, adoptando estratégias produtivas de lazer e música. Algumas discotecas passam música conotada com os consumos de ecstasy, enquanto outras apelam, por uma certa produção simbólica da sua oferta, aos consumos abusivos de álcool (Pais, 1999).

Sousa (2002) citado por Henriques (2002) refere que na visão da expressão musical, a pessoa está repleta de instintos de influxos, de impulsos, de tensões, de emoções e de sentimentos, necessitando de os satisfazer e de os expandir livremente.

Daí que a música e a dança assumam um papel particular e facultem, então, os meios para que o possa fazer e a motivação que permite ultrapassar a inibição inicial, proporcionando a expressão de tudo o que se acumula no mais íntimo do ser. Desta forma a música liga-se à motricidade, aos sentidos e à afectividade que aliada à dança traduz uma forma de expressão em que o indivíduo participa e cujos efeitos pode modificar, ampliar ou reduzir através da acção de substâncias psicotrópicas (Henriques, 2002).

Todavia, os consumos de haxixe, cocaína, erva e outras drogas podem ser facilitados por outro facto. Nos espaços de lazer enunciados (bares, discotecas) a alteração dos “estados normais” para uma melhor sensação das músicas e para “enganar as inseguranças diurnas” é recorrentemente provocada por consumos abusivos destas substâncias (Pais, 1999).

A problemática do sentimento de insegurança e dos riscos aos quais os jovens frequentadores da noite estão mais vulneráveis foi assumida no início deste capítulo como um dos pontos de discussão fundamentais. O consumo de álcool e de drogas tem, inerentes, diversas motivações. A noite parece constituir, no entanto, um contexto facilitador para que o consumo destas substâncias se verifique com maior intensidade (Pais, 1999).

A noite tem constituído, desde sempre, um tempo de magia, de ilusão e de transfiguração, para quem nela procura reproduzir alguns dos seus sonhos e desejos; também é para muitos tempo de descanso, de encontro consigo próprio, de um carregar de energias para a actividade do dia seguinte. A noite oferece-se como contexto aberto a múltiplas possibilidades, sendo arriscada mas espectacular, perigosa mas fonte de surpresa e perpétuo desejo (Pais, 1999).

Nesta interacção são passadas muitas influências em ambas as direcções, mas nem todas as influências têm eco. São as influências oriundas de pessoas ou grupos com quem partilhamos interesses, comportamentos e crenças, com quem nos identificamos, que passam para cada um de nós. São estas influências, a nível de atitudes e comportamentos, que nos fornecem um quadro de referência para limites e oportunidades. E os grupos-chave na transmissão destas influências, isto é, na socialização, são nas sociedades actuais a família, os amigos e a escola (Simões, 2007).

Quanto ao consumo em contexto recreativo, assiste-se a um conjunto de práticas tóxicas que se traduzem em actividades que visam possibilitar os meios para alterar os estados de consciência e de humor que se traduzem no consumo de pastilhas e na conjugação destas com outras substâncias e com o álcool.

Os jovens frequentadores dos ambientes de diversão nocturna estão geralmente informados dos riscos para a saúde e dos riscos legais para o consumo de droga contudo, estão menos a par dos problemas associados ao consumo de álcool e dos riscos a longo prazo (OEDT, 2006).

A percepção do público dos riscos para a saúde do consumo recreativo de drogas é essencialmente determinada pela comunicação social (notícias de mortes). Contudo, do ponto de vista de saúde pública é mais preocupante a possibilidade de distúrbios a longo prazo associados ao consumo habitual ou excessivo. Os riscos mais imediatos do consumo prendem-se com a desidratação, os acidentes de viação e outros acidentes, a violência e as relações sexuais desprotegidas e os riscos de saúde provocados pela ingestão de compri-

midos vendidos como se fossem ecstasy (que contêm outras substâncias psicoactivas) e o consumo excessivo de álcool que pode aumentar a toxicidade (OEDT, 2002).

Os comportamentos sexuais de risco associados ao consumo de álcool e drogas são factores mais importantes no contágio da infecção VIH (Calafat, 1999).

Os ambientes nocturnos facilitam o conhecimento de parceiros sexuais. De acordo com o estudo *Drugs Agency Release*, 54% dos frequentadores afirmam “had had sex with someone they met at a dance event” e em que 20% afirma ter conhecido quatro ou mais parceiros sexuais numa discoteca (Calafat, 2001).

Mais recentemente no estudo que envolveu nove países europeus dos quais Portugal participou, *A Cultura Recreativa como Ferramenta de Prevenção de Comportamentos de Risco* (2007), no que concerne à actividade sexual, salienta-se que os ambientes nocturnos facilitam os encontros sexuais, sendo também um espaço privilegiado para estudar os riscos que os jovens correm a nível sexual, quando sobre a influência de álcool e drogas ilícitas. Ainda segundo este estudo, nos últimos doze meses, sempre ou quase sempre, 63% teve sexo sem preservativo, 62% sobre influência do álcool e 33% sobre influência de drogas. O álcool e as drogas (ecstasy e cocaína) são usados como desinibidores da actividade sexual.

A complexidade destes comportamentos passa também por existir ao nível emocional um risco cultivado que passa pela exposição voluntária ao perigo (curiosidade), pela consciência dessa exposição (conhecimento das consequências cardíacas e neurológicas dos consumos e pelas incertezas da composição das substâncias) e pelas expectativas mais ou menos conscientes de os ultrapassar (atitudes de quem se afastou dos consumos, de quem reduziu ou de quem continua na busca de sensações mais elevadas) (Henriques, 2002).

A prática de sair à noite constitui geralmente um acto colectivo, partilhado por grupos de referência. Neste sentido, os espaços de encontro, convívio e sociabilidade são importantes para a definição e caracterização dos consumos pois favorecem a interacção entre pares. “Os lazeres dos jovens (espaços, actividades e consumos) remetem-nos para uma vivência alternativa à “normalidade” diurna, marcada por valores como a liberdade, hedonismo, a afirmação, a integração, a rebelião, a comunicação” (Henriques, 2002: 10).

A fuga ao quotidiano, à procura de paraísos artificiais sensoriais e a alteração intencional dos sentidos são tomadas como fins em si mesmo. O hedonismo parece ser um valor absoluto que explica o consumo de substâncias que ajudam a dançar a noite inteira, fazem

desaparecer o medo e aumentar a sociabilidade ou dão acesso a alucinações várias que deturpam os sentidos (Calado, 2007).

Para muitos jovens, a diversão e o lazer são o tempo de conhecerem o seu próprio grupo de amigos e apreciarem actividades associadas à música e à dança. Estes cenários enquadram ambientes de risco dentro dos quais os indivíduos podem pôr em causa recursos e as suas vidas, através de actividades perigosas (Henriques, 2002).

A Queima das Fitas é definida como o expoente máximo da Academia e o símbolo da cidade. Para além da importância que representa para os estudantes de Coimbra, atrai milhares de jovens, vindos de todos os pontos do país. Tem-se tornado intrínseco o consumo abusivo de álcool nestes eventos académicos pelo seu efeito desinibidor e enquanto elemento presente em diversos rituais académicos. Reforçam esta ideia os cânticos entoados pelas ruas e tascas de Coimbra em apelo a que “se beba este copo até ao fim, se se quer ser cá da malta” (Grácio, 2009).

No que se refere a festas académicas, Agante (2009) salienta dois momentos de especial importância: a Festa das Latas e a Queima das Fitas, pela sua importância para a comunidade estudantil, familiares e cidade. Durante as festas académicas, em Coimbra, antes da entrada no conhecido “queimódromo” (recinto das festas académicas), há um ritual de passagem pelos cafés da rua Ferreira Borges e do Largo da Portagem. As maiores iniciativas destas festas são as Noites do Parque, que atraem anualmente milhares de pessoas às cidades universitárias. um local onde se consome bebidas alcoólicas em grande quantidade, sendo a cerveja a bebida mais consumida durante as semanas de festa académica. Além da Queima das Fitas e da Festa das Latas só por si significarem o consumo de exagerada quantidade de cerveja, englobam ainda outras actividades paralelas onde as bebidas alcoólicas adquirem um papel essencial, até como nexo de grupo.” Em todo o seu percurso académico os estudantes são confrontados com situações, contextos e locais que propiciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas” (Agante, 2009: 35).

Lomba (2006) realça que “não é fácil tomar consciência de que é a sociedade actual que concebe um conjunto de normas e regras de conduta que, sendo contraditórias e paradoxais pelo normativo legal presente em si mesmo, por outro lado instiga os jovens ao consumo de drogas, com o intuito de alcançarem os objectivos que a sociedade lhes “exige”, divertirem-se, estabelecerem relações, expressar força dançando horas a fio, ter uma vida sexual intensa e viverem despreocupados” (Relvas, 2006: 16).

II INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. MATERIAL E MÉTODOS

Para Lakatos (1992), a selecção da metodologia está directamente relacionada com o problema em estudo e a escolha dependerá da natureza dos fenómenos, do objecto de pesquisa, dos recursos financeiros, da equipa humana e de outros elementos que possam surgir no campo da investigação. Atendendo que neste estudo se pretende conhecer alguns determinantes da não adesão às medidas de protecção sexual, considera-se a investigação quantitativa a opção mais adequada ao domínio deste trabalho, recaindo a opção sobre o paradigma positivista, uma vez que se pretende a explicação do fenómeno e o objecto geral da investigação é concebido em termos de comportamento (Lessard-Herbert, 1994). Carmo (1998) afirma que o método quantitativo em ciências sociais tem limitações e que uma das principais limitações ter a ver com a natureza dos fenómenos estudados: complexidade do ser humano, estímulo que dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos, grande número de variáveis cujo controle é difícil ou mesmo impossível; subjectividade por parte do investigador; medição que é muitas vezes indirecta (por exemplo, as atitudes); problema de validade e fiabilidade dos instrumentos de medição.

Uma vez que neste estudo se pretende determinar alguns factores da não adesão a medidas de protecção sexual, considerou-se adequado proceder a um estudo descritivo-correlacional como preconiza Fortin (2000). Como se refere posteriormente, optou-se por utilizar como estratégia para colheita de informação o questionário e, sempre que possível, escalas quantitativas.

1.1. Objectivos e questões de investigação

Apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, as IST continuam a ser um grave problema de saúde pública, quer a nível nacional como no mundo. Portugal, continua com alta incidência de VIH em relação à média Europeia, do que se pode inferir que existem comportamentos de risco associados.

Os ambientes recreativos facilitam o conhecimento de parceiros sexuais. Recentemente no estudo de IRFREA (2007), que envolveu nove países europeus (nove cidades europeias) dos quais Portugal participou (*A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco*) no que respeita à actividade sexual, salienta-se que os ambientes nocturnos facilitam os encontros sexuais, sendo, também, espaços privilegiados para estudar os riscos que os jovens correm a nível sexual, quando sob a influência de álcool e drogas ilícitas. Segundo este estudo, que envolveu 1383 jovens, com idades entre os 15 e os 30 anos, nos últimos 12 meses sempre ou quase sempre, 63% teve sexo sem preservativo, 62% sobre a influência de álcool e 33% sobre a influência de drogas. Mais particularmente, em Portugal (Coimbra) o mesmo estudo que envolveu 185 jovens com média de idades de 22 anos, dos quais, 77.8% são estudantes e 81,3% do ensino superior, revelou que mais de 40% tiveram relações sexuais desprotegidas e mais de 25% sob o efeito do álcool.

Os jovens de hoje, nasceram numa sociedade na qual o sexo não é visto como algo proibido mas sim como uma necessidade. Surgem novas formas de diversão, novas necessidades e novas “ferramentas” para satisfazer essas necessidades. As festas académicas, uma vez que são contextos onde o consumo de álcool (principalmente a cerveja) passa por ser tradição, são ambientes facilitadores de comportamentos de risco como sejam sexo desprotegido, condução sob o efeito de álcool, consumos de outras substâncias.

Todas estas problemáticas se influenciam mutuamente e que, provavelmente, a resposta estará na prevenção. Tal como diz a OMS através do Relatório Mundial de Saúde (2003) citado por Simões (2007), enormes ganhos podem ser obtidos com investimentos relativamente modestos salientando-se a importância de intervenções específicas para grupos de alto risco e a importância das intervenções generalizadas à população, como se está a desenvolver no projecto Antes que te Queimes (2008).

Contudo não convém esquecer que a prevenção não se deve limitar aos momentos de crise ou a prevenir crises, devendo promover e otimizar a capacidade de tomar decisões. O relatório da OMS (2002) “Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável”, sublinha a importância dos comportamentos ligados à saúde (assumindo uma definição abrangente) e a importância da identificação e prevenção de factores de risco. Aponta que dois desses factores, evitáveis e ligados ao comportamento individual e interpessoal, são o sexo não protegido e o consumo de substâncias.

Estes resultados dão que pensar: jovens adultos com educação (do ensino superior) e na área da saúde, que implica conhecimentos aos vários níveis, não só o da promoção da saúde como o da prevenção de doenças, têm comportamentos de risco sexual. Surgem, por conseguinte diversas dúvidas quando se reflecte sobre o comportamento sexual de risco no jovem adulto e que levaram à formulação da questão de investigação deste estudo.

Quais os factores determinantes da não adesão às medidas de protecção sexual, por parte dos estudantes do ensino superior frequentadores das festas académicas?

Exposto o problema surge o tema que se pretende constituir como objecto de estudo: **Comportamentos sexuais de risco no jovem adulto, em ambiente recreativo.**

Como objectivos específicos, pretende-se recolher dados junto dos jovens estudantes do ensino superior, no contexto de festa académica, para:

- Caracterizar os comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual;
- Analisar a influência das características individuais na adesão às medidas de protecção sexual;
- Analisar a influência da percepção do risco na adesão às medidas de protecção sexual;
- Analisar a influência do embaraço no uso do preservativo na adesão às medidas de protecção sexual;
- Analisar a influência do consumo de álcool na adesão às medidas de protecção sexual;

As questões de investigação, tendo em conta o quadro conceptual, foram formuladas em função dos objectivos acima definidos:

Q1. Existe diferença nas características individuais dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual?

Q2. Os jovens do ensino superior com menor percepção de risco são os que exibem menor adesão às medidas de protecção sexual?

Q3. Os jovens do ensino superior que demonstram embaraço no uso do preservativo são os que exibem menor adesão às medidas de protecção sexual?

Q4. Existe diferença no padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual?

1.2. Operacionalização das variáveis

Partindo das múltiplas variáveis em estudo apontadas pelos diversos autores como importantes para o conhecimento das determinantes da não adesão às medidas de protecção, seleccionaram-se algumas em função dos objectivos e das hipóteses formuladas.

1.2.1. Caracterização

Conjunto de variáveis sócio-demográficas que caracterizam a amostra em estudo. Para este estudo definiram-se as seguintes variáveis: **Idade**: número de anos desde o nascimento até à altura da colheita de dados; **Género**: masculino ou feminino de acordo com as características físicas e funcionais; **Estabelecimento de Ensino Superior**: instituição de ensino autónoma no âmbito do ensino superior, indicada como frequentada pelo estudante entrevistado; **Número de matrículas**: número de matrículas efectuadas desde a entrada no ensino superior e até à data da colheita de informação, referido pelo estudante entrevistado; **Número de festas académicas frequentadas**: quantidade de vezes que participou na festa académica (Queima das Fitas e Festa das Latas ou Latada), considerando-se o número de eventos em que participou e não o número de dias; **Motivo de frequência da festa (por ordem de importância)**: referência ao porquê da ida à festa académica, assinalando, em primeiro lugar, o principal motivo e sucessivamente por ordem decrescente de importância entre os motivos (diversão, conhecer pessoas, por tradição, com os amigos, para beber ou outro).

1.2.2. Comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual

Considera-se neste estudo que um indivíduo adere às medidas de protecção sexual se tem precaução de segurança (CIPE, 1999: 62), ou seja, “desempenha actividades directamente orientadas para prevenir e evitar acidentes e perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo ou utiliza dispositivos de protecção.”

Como preconiza a OMS com o ABC da Prevenção do VIH, a abstinência sexual, a fidelidade e a utilização correcta do preservativo de forma regular e consistente em todas as relações sexuais de risco são medidas de protecção sexual.

Neste estudo pretendeu-se avaliar os comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual através dos comportamentos de abstinência (se evita e porque evita ter relações sexuais ocasionais), da utilização de preservativo (posse e utilização de preservativos), e comportamentos sexuais de risco (vários parceiros sexuais, frequência de sexo desprotegido e da frequência de sexo sob o efeito do álcool).

Os comportamentos de abstinência e fidelidade foram medidos pelas questões 15 e 17, em que se pergunta quantos parceiros sexuais teve nos últimos seis meses e porque evitou ter relações sexuais ocasionais, também, nos últimos seis meses.

Os comportamentos relacionados com a **utilização do preservativo** foram medidos pelas questões: 13 se traz preservativos; 14 se alguma vez usou preservativos; 16 a frequência de sexo desprotegido e 18 porque evitou ter relações sexuais (um dos motivos indicados poderá estar relacionado com o não possuir preservativo).

Os comportamentos sexuais de risco foram avaliados pela frequência de sexo desprotegido, questão 16 (quantas vezes fez sexo desprotegido) e ainda pela frequência do sexo sob o efeito do álcool é medida pela questão 19 (quantas vezes fez sexo sob o efeito do álcool), sob a forma de escala do tipo Likert.

A adesão ao rastreio do VIH/Sida foi avaliada pela referência à execução de análise ao sangue que permite saber se se tem anticorpo para o VIH, ou seja se se está infectado com VIH. Refere-se à realização de teste rápido ou de Elisa, sendo que o de Western-blot é já de confirmação. Para conhecer a adesão ao rastreio nos últimos 6 meses, questionou-se sobre quando foi a data do último teste.

Neste estudo considera-se que um jovem aderiu às medidas de protecção sexual se:

- Fez teste de VIH nos últimos 6 meses
- Não teve parceiro sexual nos últimos 6 meses (abstinência) ou teve apenas 1 parceiro (fidelidade)
- Teve mais que 1 parceiro mas nunca fez sexo desprotegido
- Não fez sexo sob o efeito do álcool

1.2.3. *Embaraço ligado ao uso do preservativo*

Desconforto ou pouco à-vontade relacionado com a compra, negociação do uso ou uso do preservativo. Utilizada a *Escala do Embaraço Ligado ao Uso do Preservativo* (Vail-Smith e Durham, 1992) aferida e testada à população portuguesa por Oliveira *et al.* (2006). A escala avalia o embaraço vivenciado na altura da aquisição, negociação e utilização do preservativo. É composta por 18 itens em formato de resposta tipo Lickert que variam entre discordo fortemente até concordo fortemente. Estes itens englobam três dimensões: A primeira refere-se à aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12); a segunda é relativa à negociação do uso do preservativo com o parceiro sexual (itens 8, 9, 10, 11, e 13); a terceira prende-se com o uso propriamente dito do preservativo (itens 14, 15, 16, 17, e 18).

A pontuação final varia entre 18, que indica o nível mais baixo de embaraço e 90, que indica o nível mais elevado de embaraço (Oliveira, 2008).

1.2.4. *Padrão de consumo de bebidas alcoólicas*

Padrão de consumo de bebidas alcoólicas refere-se à frequência, qualidade e quantidade das bebidas alcoólicas consumidas e a forma como o faz. Pretendeu-se, neste estudo, definir o padrão de consumo de bebidas alcoólicas através da quantidade de bebidas alcoólicas consumidas mas também as formas e motivos de consumo abusivo, a existência de abuso ou dependência de álcool e problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas e a auto-percepção de alcoolemia (alcoolemia esperada).

A quantidade e qualidade de bebidas alcoólicas consumidas (fermentadas/destiladas), questão 4, que permite calcular as **Unidades de Bebida Padrão (UBP)**, ou seja, a quantidade de álcool consumida sendo que a um copo de bebida fermentada corresponde uma UBP e a um copo de bebida destilada corresponde duas UBP.

O cálculo de **alcoolemia** com o alcoolímetro modelo AL-6000 permitiu a quantificação de álcool por litro de sangue e comparar com a alcoolemia esperada. A taxa de alcoolemia é a quantidade de álcool existente no sangue de um indivíduo em determinado momento e expressa-se em gramas de álcool por litro de sangue (DGIDC, 2007). A alcoolemia depende de numerosos factores e varia não só em função da quantidade ingerida mas

também do grau alcoólico da bebida, ritmo de absorção, estado geral da pessoa, doenças associadas, entre outras (DGIDC, 2007). A taxa de alcoolemia obtém-se por avaliação do teor de álcool no ar expirado; a conversão dos valores do teor de álcool no ar expirado em teor de álcool no sangue é baseada no princípio de que 1 miligrama de álcool por litro de ar expirado é equivalente a 2,3 gramas de álcool por litro de sangue (Decreto-Lei 44/2005). Para tal, utilizou-se um alcoolímetro, modelo AL-6000.

Através do teste CAGE (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener), de Ewing e Rose (Filho *et al.*, 2001), colocam-se quatro questões que visam os sintomas nucleares da dependência alcoólica. A obtenção de duas respostas afirmativas sugere screening positivo para **abuso ou dependência de álcool**. A sensibilidade varia de 43% a 100% e a especificidade de 68% a 96%, dependendo do tipo de amostra estudada (Filho *et al.*, 2001).

Para avaliar a frequência de **problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas**, considerou-se os modos como os inquiridos bebem durante o decorrer da festa académica, avaliam-se com a questão 3, (estabeleceram-se as categorias “não bebo”, “bebo só na festa”, “bebo antes e durante a festa”, “bebo depois de almoçar até deitar”, “bebo desde o levantar até ao deitar”). Com a questão 6, pretende-se saber a quantidade de noites em que ficou bêbedo na última festa *versus* número de noites que frequentou, calculando-se a **média de noites em que ficou embriagado**. Com a questão 7, quais os motivos que o levaram a tal (estabeleceram-se as categorias “porque queria”, “porque é divertido”, “porque me pressionaram”, “não me apercebi”, “porque todos se embriagam” e “outra”) e, no dia seguinte, questão 8, se ficou incapaz de trabalhar ou frequentar as aulas (categorias sim, não ou não se aplica).

Para efeitos de análise inferencial considerou-se os modos como os inquiridos bebem durante o decorrer da festa académica, associando-se as categorias “não bebo”, “bebo só na festa” como sendo de menor risco de embriaguez e “bebo antes e durante a festa”, “bebo depois de almoçar até deitar”, “bebo desde o levantar até ao deitar” com maior risco de embriaguez. Os consumos no dia da recolha de dados (UBP) e a média de noites em que ficou embriagado na festa académica anterior permitirão também uma análise de correlação com a adesão às medidas de protecção sexual.

1.2.5. *Auto-percepção do risco*

Acto ou efeito de perceber ou compreender a possibilidade de ocorrência de determinada situação (Dicionário Língua Portuguesa, 2010). O risco percebido é a incerteza que o indivíduo experimenta sobre as consequências de uma decisão tomada, no caso ao nível do comportamento sexual. Segundo Alvarez (2005), quanto maior for o risco percebido ou maior percepção da vulnerabilidade maior probabilidade de adesão a medidas de protecção. Estabeleceram-se 4 categorias de avaliação quanto ao risco de estar infectado IST a partir da questão “Tendo em conta o seu comportamento sexual, considera-se em risco de ser infectado pelo VIH ou outra IST?: “nenhum risco”, “sim, algum risco”, “sim, risco elevado” e “não sei”.

Para melhor compreensão do fenómeno, questionaram-se os jovens acerca da razão porque evitaram sexo ocasional nos últimos 6 meses, utilizando uma pergunta aberta. As respostas foram categorizadas após análise de conteúdo (Bardin, 2009). A análise foi feita com organização de categorias e sub-categorias, nas quais emergem as unidades de registo.

Para efeitos de tratamento estatístico, dicotomizou-se a variável considerando a resposta “nenhum risco” como sendo Sem risco e as restantes respostas (“sim, algum risco”, “sim, risco elevado” e “não sei”) como sendo com risco.

1.3. *População e amostra*

Patton citado por Carmo (1998) afirma que nada põe tão bem em evidência a diferença entre os métodos quantitativo e qualitativo como as diferentes lógicas subjacentes às técnicas de amostragem. A investigação quantitativa tem por base amostras de maiores dimensões seleccionadas aleatoriamente. No entanto, devido à dificuldade em aleatorizar as amostras, muitos estudos desenvolvem-se com amostras acidentais, assumindo-se a os efeitos na discussão dos resultados.

Segundo Fortin (2003), amostra é um subconjunto de um conjunto de sujeitos que fazem parte de mesma população, considerando população como um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. No caso desta

investigação, a população será, o conjunto de jovens adultos do ensino superior que frequentam a festa académica.

Tendo em conta o objectivo principal desta investigação, foram definidos alguns critérios de participação no estudo:

- Jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos;
- Frequentarem o ensino superior;
- Frequentarem a festa académica.

Optou-se assim, por utilizar o método de amostragem acidental ou de conveniência em que os sujeitos são facilmente acessíveis e estão presentes num local e momento precisos (Fortin, 2003). Segundo a mesma autora, esta técnica limita a generalização dos resultados contudo, pensa-se ultrapassar esta questão ao utilizar diversos momentos de selecção (6 noites) e um número elevado de sujeitos, mais de 800, para que se possam detectar diferenças estatísticas.

A amostra foi constituída por 824 estudantes do ensino superior mas, por não cumprirem os critérios de inclusão ou deficit de preenchimento, foram eliminados 252, tendo sido analisados 572 casos, entre os 18 e os 30 anos, que se encontravam no Largo da Portagem, zona de encontro e de passagem para o recinto das festas académicas (local dos concertos).

1.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

Num estudo descritivo-correlacional, a selecção da técnica de formulário tem subjacente a opção pelo método quantitativo. O formulário é um método de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos. Devido ao facto da aplicação do formulário ser em espaços de diversão nocturna em que diversos factores como uma fraca luminosidade, a falta de superfície dura entre outros, decidiu-se utilizar questões dicotómicas e de escolha fixa ou fechadas que permitem obter informações factuais.

Carmo (1998) alerta para o facto da elaboração do questionário necessitar de certos cuidados na construção das perguntas: reduzidas (adequadas em número); tanto quanto possível fechadas; compreensíveis para os respondentes; não ambíguas; confirmar-se

mutuamente; abrangerem todos os pontos a questionar e relevantes relativamente à experiência do indivíduo.

Como são avaliadas e atitudes dos sujeitos, foram colocadas questões sobre a forma de escala de atitudes, permitindo-nos medir atitudes e opiniões dos inquiridos, pelo que se utilizou escalas de medida tipo Likert. Pede-se ao indivíduo para reagir positiva ou negativamente a uma série de proposições respeitantes a ele próprio, a outros, a actividades diversas ou a situações. Com escalas tipo Likert pede-se ao inquirido que, relativamente a uma proposição indique uma de cinco posições as respostas serão cotadas com pontuações de 1 a 5, o que nos permite trabalhar características qualitativas de forma quantitativa (Carmo, 1996).

Na elaboração do formulário (Anexo I) teve-se a intenção de assegurar a exploração de todos os temas chave, tendo em conta a questão de investigação e a finalidade central do estudo. Estabeleceram-se os seguintes objectivos gerais para a estratégia de colheita de informação:

- Facilitar a relação entrevistado/entrevistador para obter elementos que permitam identificar as determinantes da não adesão às medidas de protecção sexual;
- Recolher elementos que permitam identificar a adopção de comportamentos de risco sexual na festa académica.

A recolha de dados foi efectuada durante a semana da festa académica de Coimbra (Queima das Fitas) de 2009, ou seja, na semana que decorreu entre 2 e 8 de Maio, no ano lectivo 2008/2009. Decorreu no Largo da Portagem, pelos educadores de pares do projecto “Antes que te Queimes” da ESEnfC da qual faz parte como educadora e supervisora do grupo de pares desde 2008. São parceiros neste projecto a ESEnfC e respectiva Associação de Estudantes, o Governo Civil, Administração Regional de Saúde do Centro, Institutos da Droga e da Toxicodependência e da Juventude, Associação Existências, Associação Académica de Coimbra e Núcleo de Pereira da Cruz Vermelha Portuguesa (Brito, 2010). O cálculo de **alcoolemia** com o alcoolímetro modelo AL-6000 permitiu a quantificação de álcool por litro de sangue. Todos os educadores foram instruídos acerca da sua utilização:

- Colocar a boquilha no alcoolímetro (sendo esta boquilha individual);
- Pressionar o botão de alimentação; inicia-se uma contagem decrescente de 234 até 0 para que o aparelho aqueça;

- Envolver a boquilha nos lábios e soprar continuamente, durante aproximadamente cinco segundos, até ouvir um sinal sonoro de dois apitos;
- Verificar se o ecrã tem o dígito 0 movendo-se da esquerda para a direita enquanto é analisada a amostra;
- Depois da análise estar completa, é mostrado no ecrã a taxa de alcoolemia correspondente;
- O aparelho desliga-se ao fim de 15 segundos do resultado aparecer.

Antes de iniciar a avaliação este procedimento era explicado aos estudantes e, caso tivessem bebido há menos de trinta minutos, aconselhava-se a aguardarem, visto que o álcool restante na boca e saliva poderia interferir na análise, para valores de alcoolemia superiores aos reais.

Tal como refere Fortin (2003), qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Durante a realização do estudo foi tida em atenção o respeito pelos cinco direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos em qualquer investigação, determinados pelos códigos de ética: direito à autodeterminação, à intimidade ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal.

A cada um dos participantes do estudo, foi pedida a autorização de recolha de dados, após o fornecimento de toda a informação sobre o âmbito da sua aplicação, dando oportunidade para esclarecimento de alguma dúvida. Os participantes, no final da intervenção, assinaram o formulário, consentindo a utilização dos dados

1.5. Procedimentos estatísticos

A escolha das ferramentas estatísticas a utilizar, para responder às questões de investigação é a etapa que coloca geralmente as maiores dificuldades à maior parte dos investigadores, pois exige um conhecimento das condições e das justificações da sua utilização e do seu alcance (Fortin, 2003). Utilizou-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 16.0, para o processamento dos dados, tendo-se estabelecido o nível de significância de 95% ($\alpha=0.05$).

Para a análise dos resultados utilizaram-se técnicas e medidas de estatística descritiva e de estatística inferencial. Para realizar a estatística descritiva utilizaram-se medidas de tendência central, como a média, a mediana e a moda e medidas de dispersão como o desvio padrão e a variância.

No sentido de medir a fidelidade das escalas utilizadas, calculou-se o coeficiente de consistência interna (alpha de Cronbach). Uma boa consistência interna deve exceder um alpha de Cronbach de 0.80, sendo, no entanto, aceitáveis valores acima de 0.60 (Fortin, 1999). No questionário CAGE (4 itens) obteve-se um valor baixo ($\alpha=.307$), no embaraço do uso de preservativo (18 itens) obteve-se um valor boa consistência interna ($\alpha=.883$). Assume-se assim não utilizar a escala CAGE mas os seus itens por si só.

No que se refere à estatística inferencial, devido ao tamanho da amostra ($n>50$) o teste de normalidade utilizado foi o teste Kolmogorov-Smirnov (Quadro 1). Analisando os valores do nível significância verifica-se que a distribuição não é normal para todas as variáveis em estudo.

Quadro 1 - Teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), medidas de tendência central e análise inferencial sobre as dimensões padrão de consumo de bebidas alcoólicas, embaraço e adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes inquiridos.

	n	Média	Desvio padrão	Kolmogorov-Smirnov Z	P
Alcoolémia Real	366	1.15	1.09	2.799	.000
Unidades de Bebida Padrão (UBP)	554	9.3	7.56	4.015	.000
Media de embriaguez	435	.683	.316	5.097	.000
Embaraço total	310	28.99	11.206	3.281	.000
Embaraço aquisição	310	15.16	7.697	3.730	.000
Embaraço negociação	310	7.05	3.148	5.074	.000
Embaraço utilização	310	6.78	3.335	6.243	.000
Adesão às medidas de protecção sexual	572	2.00	1.133	5.531	.000

Na análise descritiva procedeu-se à desagregação dos dados por género para permitir uma análise inferencial mais acurada, ou seja, para as dimensões em que se verificar diferença estatisticamente significativa entre rapazes e raparigas, o estudo da relação inferencial será desagregado também.

Na análise inferencial, para as variáveis nominais foi aplicado o teste de Qui-quadrado (χ^2). Para as variáveis contínuas foi utilizado o teste U de Man-Whitney (para duas amostras independentes) e o teste de Kruskal Wallis (para mais do que duas amostras independentes).

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que se passam a apresentar foram recolhidos por entrevista com aplicação de formulário durante a semana da festa académica de Coimbra (Queima das Fitas) de 2009, ou seja, na semana que decorreu entre 2 e 8 de Maio, no ano lectivo 2008/2009. Para facilitar a sua análise, apresentam-se sob a forma de quadros e gráficos, do qual se omite a fonte e data, por ser idêntica para todos.

2.1. Caracterização

Como amostra deste estudo tem-se 572 jovens estudantes com média de idades de 21.4 ± 2.6 anos, 60.3% (345) são do sexo masculino e 39.7% (227) do sexo feminino. A diferença na média de idades entre eles e elas é estatisticamente significativa ($z = -4.923$; $p = .000$), sendo os rapazes, em média, mais velhos que as raparigas (21.8 ± 2.8 ; 20.7 ± 2.2). Todos eles frequentam o Ensino Superior, 24.7% (dos quais 46 masculinos e 95 femininos) são da área da saúde e 75.3% (dos quais 299 masculinos e 132 femininos) de outras áreas. Pode-se verificar que 39,3% dos estudantes tem 1 ou 2 matrículas, 44,4% tem 3 a 5, 16,3%, 6 ou mais matrículas.

Quanto à distribuição por número de festas académicas frequentadas, 3.1% ainda não frequentou ou frequentou uma festa, 27% frequentaram duas a quatro festas, 36.7% frequentaram 5 a 9 festas, 22.5% frequentaram mais de 10 festas e 10.7% frequentaram mais de 15 festas. A grande maioria dos rapazes e raparigas inquiridos referem um ou mais motivos para frequentar estas festas: 229 dos rapazes e 185 das raparigas vão à festa para se divertirem (66.4% e 81.5%, respectivamente) e para estarem com os amigos (206; 59.7% e 147; 64.8%, respectivamente). Ainda 101 (29.3%) rapazes e 61 (26.9%) vão por tradição, 60 (17.4%) rapazes e 21 (9.3%) raparigas vão para conhecer pessoas e 48 (13.9%) rapazes e 17 (7.5%) raparigas vão para beber. Apesar deste último motivo não ser o de valor mais elevado, revela-se significativo, tendo em conta que é o principal motivo de frequência da festa destes estudantes, que associado ao facto de que a tradição Coimbrã, nas festas académicas, passa pelo consumo abusivo, essencialmente, de cerveja, o número de potenciais consumidores de bebidas alcoólicas sobe muito.

2.2. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Dos inquiridos que responderam em relação ao número de noites que frequentaram na última festa, constata-se que os rapazes ficaram embriagados em média $73.6\% \pm 30.7$ e as raparigas em média $58.9\% \pm 31.1$ noites, proporção estatisticamente significativa ($p=.000$).

Os rapazes gastaram em média 18.1 ± 11.2 euros e as raparigas 12.7 ± 7.5 euros, proporção, esta, também, estatisticamente significativa ($p=.000$).

Quadro 2 - Medidas de tendência central e análise inferencial sobre as dimensões do padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes inquiridos

	Média		Desvio Padrão		n		U-Men-Whitney	P
	M	F	M	F	M	F	z	
Unidades de bebida padrão	11.1	6.4	7.9	5.8	342	212	-7.731	.000
Alcoolémia esperada	.9	.7	.8	.7	302	183	-4.341	.000
Alcoolémia real	1.3	.9	1.1	1.0	220	146	-4.666	.000
Percentagem de noites em que ficou embriagado	73.56%	58.9%	30.7%	31.1%	278	157	-4.730	.000
Gasto médio por noite	18.1	12.7	11.2	7.5	342	221	-5.958	.000

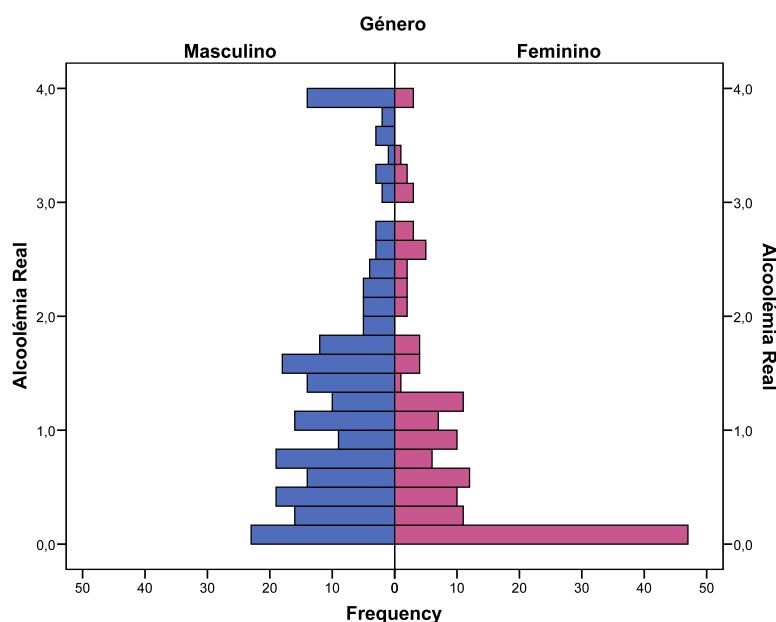
Quando questionados se bebem ou não no decorrer da festa académica (Quadro 3), 1.6% afirma não beber, 99.4% dos rapazes e 96.9% das raparigas afirma beber, proporção estatisticamente significativa ($\chi^2=5.543$; $p=.023$). Num estudo realizado pelo IREFREA (1998), numa amostra de jovens estudantes universitários de Coimbra, com idade média de 21.3 anos, verificou-se que 72% bebem uma ou várias vezes por semana. Dados inferiores aos encontrados neste estudo, provavelmente, pela colheita de dados se realizar em contexto de festa académica, conhecida pelos elevados consumos de cerveja.

Quadro 3 - Modos como bebem no decorrer da festa académica os estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Não bebe	2	0.6	7	3.1	9	1.6	5.543	.023
Bebe	343	99.4	220	96.9	563	98.4		

Convidados a referir a alcoolemia esperada, verificou-se, na amostra masculina, que a média foi de $.9 \pm .8$ e nas raparigas de $.7 \pm .7$. A alcoolemia real (Gráfico 1), avaliada com o alcoolímetro, na amostra masculina, a média foi de 1.3 ± 1.1 e na amostra feminina de 1.0 ± 1.0 , proporções estatisticamente significativas ($\chi^2 = -4.666$; $p = .000$). O desfaseamento dos resultados pode ser justificado pelo facto de não saberem ao certo quanto beberam uma vez que muitos destes estudantes tinham estado em jantares de curso e há sempre alguém a “encher o copo”.

Gráfico 1 - Alcoolemia por género nos estudantes inquiridos



Os estudantes referem como motivos para se terem embriagado nas categorias: porque queria 31.6%; porque é divertido 25.7%; porque me pressionaram 3.1%; não me apercebi 12.9 %; porque todos se embriagam 7.0 %.

Quadro 4 - Motivos para ficar embriagado nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Queria	109	31.6	72	31.7	181	31.6
É divertido	101	29.3	46	20.3	147	25.7
Não me apercebi	45	13.0	29	12.8	74	12.9
Todos se embriagam	27	7.8	13	5.7	40	7.0
Me pressionaram	11	3.2	7	3.1	18	3.1

Quando aplicado o **teste CAGE** para detecção de dependência alcoólica (Quadro 5), sabendo que este é constituído por quatro questões e que duas respostas afirmativas sugerem *screening* positivo, verifica-se que a média do valor do CAGE é de 1.6 ± 1.6 nos rapazes e de 1.6 ± 1.5 nas raparigas, para um máximo de quatro pontos. Dado que esta escala não apresenta consistência interna (α de cronbach=.307), analisaram-se os quatro itens de forma independente, verificando-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os rapazes e as raparigas, embora as proporções de jovens com problemas relacionados com o álcool seja maior nos rapazes.

Os rapazes referem que sentiram necessidade de parar de beber, 31.3% no ano passado e 17.3% em anos que não o último e para as raparigas, 38.1% refere ter tido necessidade de parar de beber no ano passado e 13.5% em anos anteriores. 12.6% dos estudantes masculinos e 14.4% dos estudantes femininos referem sentirem-se culpados por beber no ano passado. 6.0% dos rapazes referem, ainda, necessidade de beber logo de manhã. Estas diferenças entre género não são estatisticamente significativas.

Quadro 5 - Itens do teste CAGE nos estudantes inquiridos

CAGE	Masculino						Feminino						χ^2	P
	Não		Sim, mas não no último ano		Sim, ano passado		Não		Sim, mas não no último ano		Sim, ano passado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Necessidade de parar de beber	173	51.5	58	17.3	105	31.3	104	48.4	29	13.5	82	38.1	3.269	.195
Aborrecido com críticas ao seu hábito de beber	282	83.9	16	4.8	38	11.3	185	86.0	10	4.7	20	9.3	.575	.750
Culpado por beber	263	78.7	29	8.7	42	12.6	168	77.8	17	7.9	31	14.4	.431	.806
Necessidade de beber logo de manhã	309	92.5	5	1.5	20	6.0	209	96.8	3	1.4	4	1.9	NA	NA

Dos 45 jovens que referem embriaguez na festa académica anterior (Quadro 6), 8.8% dos rapazes e 7.4% das raparigas receberam assistência hospitalar após os consumos. Observa-se não existir diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2=.341$; $p=.339$).

Quadro 6 - Consumo excessivo de álcool/necessidade de ir ao hospital nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Não	300	91.2	200	92.6	500	91.7	.341	.339
Sim	29	8.8	16	7.4	45	8.3		

Quando questionados, se no dia seguinte após os consumos se sentiram incapazes de trabalhar ou frequentar as aulas (Quadro 7), 31.5% dos rapazes e 31.9% das raparigas responderam afirmativamente, não existindo diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=.964$; $p=.618$).

Quadro 7 - Incapacidade para o trabalho ou frequência das aulas, no dia seguinte nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Sim	91	31.5	52	31.9	143	31.6	.964	.618
Não	169	58.5	90	55.2	259	57.3		
Não se aplica	29	10.0	21	12.9	50	11.1		

Contudo, destes, só 14 (31.8%) rapazes e 11 (47.8%) raparigas alteraram os seus consumos reduzindo-os, proporção estatisticamente não significativa ($\chi^2=1.655$; $p=.154$) (Quadro 8).

Quadro 8 - Alteração dos consumos após ir ao hospital nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Não	30	68.2	12	52.2	42	62.7	1.655	.154
Sim, reduzi	14	31.8	11	47.8	25	37.3		

2.3. Comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual

Referente aos últimos seis meses (Quadro 9), 40 (18.1%) raparigas e 32 (9.5%) rapazes referem abstinência sexual, ao passo que 152 (68.8%) raparigas e 185 (54.9%) rapazes referem um parceiro sexual. Contudo, apesar de grande maioria, 58.9% referir ter um só

parceiro e de 12.6% não terem parceiro, considerando a diferença entre rapazes e raparigas, verifica-se que são os rapazes os que mais referem ter tido 2 ou mais parceiros nos últimos 6 meses (35.6% contra 13.1%), proporção estatisticamente significativa ($\chi^2=37.190$; $p=.000$). Estes valores estão de acordo com os resultados do estudo de a Lomba (2008) num estudo que realizou com 143 jovens frequentadores de ambientes recreativos nocturnos (81.12% do ensino superior) com média de idades de 21.76 ± 2.92 anos verificando que nos últimos 12 meses, 124 sujeitos tiveram relações sexuais com média de parceiros de 2.66. O YRBS (2007) realizado nos EUA a jovens estudantes do 9º ao 12º ano, revela que 11.8% das raparigas e 17.9% dos rapazes tiveram relações sexuais com 4 ou mais parceiros na sua vida.

Quadro 9 - Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses nos estudantes inquiridos

Nos últimos 6 meses...	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Não teve	32	9.5	40	18.1	72	12.6	37.190	.000
Teve apenas 1 parceiro	185	54.9	152	68.8	337	58.9		
Teve 2 ou mais parceiros	120	35.6	29	13.1	149	26.7		

Dos inquiridos, 48.6% refere ter feito teste VIH (Quadro 10) dos quais, 17.1% já em 2009 e 20.5% em 2008. Analisada a proporção por sexo dos participantes, pelo teste do Qui-Quadrado, observa-se não existir diferença estatisticamente significativa (Quadro 10).

Segundo YRBS (2007), 85.2% das raparigas e 88.9% dos rapazes nunca fez teste para o VIH. O estudo SIDAania (2006), com 1233 estudantes universitários, constatou que 26.8% dos estudantes fez teste VIH. Ainda Oliveira, (2008) num estudo realizado em Coimbra, com 696 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, quanto ao teste de despistagem do VIH, 30.4% disseram já o ter feito. Verifica-se, portanto, neste estudo, que há um aumento considerável de indivíduos que já realizaram teste de despistagem.

Quadro 10 - Teste VIH/Sida nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Já fez	166	48.7	112	49.6	278	48,6%	,042	,864
Teste VIH/Sida em 2009	55	15,9	43	18,9	98	17,1%	,868	,366
Teste VIH/Sida em 2008	68	19,7	49	21,6	117	20,5%	8,190	,515

Os estudantes masculinos que evitaram relações sexuais ocasionais (Anexo II), referem como motivos: a ausência de preservativo; os seus princípios (compromisso, fidelidade, não querer e por opção), a personalidade (tímida e baixa auto-estima); o tipo de oportunidade (perigosa, sob o efeito do álcool, falta de condições, falta de interesse e falta de vontade); a parceira (alcoolizada, desinteresse pela parceira, falta de confiança e dúvida); a ausência de oportunidade; razões pessoais (medo). As estudantes femininas (Anexo III), por seu lado, alegaram como motivos para terem evitado relações sexuais ocasionais: a existência de parceiro fixo (compromisso e fidelidade); o sentimento de si (respeito e responsabilidade); o tipo de relação (ausência de compromisso, não estável e ocasional); o tipo de sentimento (valor sentimental e ausência de atracção); o parceiro (falta de confiança, desconhecer o parceiro e não corresponder ao seu ideal); os princípios (consciência do risco, não querer e considerar um comportamento incorrecto); tipo de oportunidade (falta de interesse e ser precoce); a ausência de preservativo; a ausência de oportunidade e razões pessoais (avaliação risco/benefício, princípios, personalidade e estado de consciência). Comparando com o estudo de Lomba (2008), os estudantes decidiram não ter relações sexuais por: 54.03% não ter preservativo, 45.97% considerarem a outra pessoa não apropriada, 27,42% receio de gravidez ou contrair IST e 14.4% por estarem demasiado bêbedos ou pedrados. Cruz *et al.* (1997) num estudo que envolveu 697 estudantes universitários, concluiu que 57.4% dos inquiridos nunca se recusavam a ter relações sexuais casuais ou ocasionais por falta de preservativo.

Quanto à utilização do preservativo (posse e uso) (Quadro 11) as estudantes femininas são as que mais referem não ter (78,2%) e que menos usam (14,9%) o preservativo, comparando com os estudantes masculinos que apesar de 53,6% não possuírem, destes, só 5,8% não usa. Alferes (1997) verifica que o sexo masculino refere a utilização mais frequente do

preservativo (39%) do que o sexo feminino (27%). Cruz *et al.* (1997) constatou que 44,6% dos estudantes inquiridos nunca utilizaram preservativos nas suas relações, entre os quais, 51,6% em relações consideradas estáveis e e 59,9% dos estudantes nas relações sexuais ocorridas durante a Queima das Fitas.

Quadro 11 - Posse e uso de preservativos nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Posse de preservativos	151	44.0	44	19.6	195	34.3	36.651	.000
Uso de preservativos	291	94.2	171	85.1	462	90.6	11.829	.001

São os rapazes quem mais teve sexo desprotegido, nos últimos seis meses, incluindo sexo oral (Quadro 12), 198 (58.2%), comparando com as raparigas, 102 (45.5%). Pelo teste do Qui-Quadrado, observa-se existir diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=8.747$; $p=.003$).

YRBS (2007) revela que, nas raparigas 45.1% e nos rapazes 31.5% não usou preservativo na última relação sexual. O estudo de Lomba (2008) mostra que 40.33% teve relações desprotegidas sempre ou quase sempre e 24.19% algumas vezes. No estudo SIDAania (2006) 59.2% usou preservativo em todas as relações sexuais e 5.2% nunca usou. Alvarez (2005) revela que os estudantes acreditam haver maior proximidade emocional quando não utilizam o preservativo, verificando que os valores de uso consistente do preservativo se encontram entre os mais baixos dos estudos analisados (15%). Antunes (2007) numa amostra de 993 estudantes no primeiro ano do ensino superior, em Coimbra, verificou que 10.18% refere não utilizar qualquer método contraceptivo e que são estes sujeitos que manifestam maior permissividade sexual. Oliveira (2008) concluiu também, que o uso do preservativo aumenta com o aumento do número médio de parceiros, apesar de não ser de uma forma estatisticamente significativa. Freitas (2003) verificou que 87.8% refere ser muito pequeno ou nenhum o risco pessoal de ser infectado como resultado das suas práticas sexuais. 17.8% tiveram mais de um companheiro sexual e 29.3% não tiveram companheiro sexual nos 12 meses anteriores, valores inferiores aos encontrados neste estudo.

Quadro 12 - Sexo desprotegido nos últimos 6 meses, com 2 ou mais parceiros nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Nunca	142	41.8	122	54.5	264	46.8	8.747	.003
Fez	198	58.2	102	45.5	300	53.2		

Contudo, quando questionados acerca da frequência do sexo sob o efeito do álcool nos últimos seis meses (Quadro 13), 53.0% dos rapazes e 68.4% das raparigas refere não o ter feito ou ter feito uma vez, 47.0% dos rapazes e 31.6% das raparigas refere tê-lo feito sempre. As raparigas foram quem menos fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=12.827$; $p=.000$).

Bellis (2007) num estudo realizado em 9 cidades europeias a 1341 jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 35 anos que frequentam espaços recreativos nocturnos, revela que 28.6% usam o álcool para facilitar encontros sexuais encontrando forte relação entre consumo de substâncias e elevado número de parceiros sexuais. Lomba (2008), constata que 64,52% teve sexo sob o efeito do álcool. Cardoso (2008) verificou numa revisão bibliográfica às bases de dados MEDLINE e LILACS, entre 2000 e 2007, que o uso do álcool associado ao comportamento sexual mostrou ser um factor de risco para a transmissão das IST, por favorecer a prática sexual sem preservativo. Freitas (2003) observou que 25.9% tiveram sexo sob o efeito do álcool e destes, 76.6% referem não ter usado preservativo. Oliveira (2008) revela que 30.8% dos estudantes tem relações sexuais sob o efeito do álcool e parece desconhecer o efeito do álcool e outras drogas na capacidade para praticar sexo seguro. Agante (2009) numa amostra de 111 estudantes universitários verificou, que relativamente às relações sexuais desprotegidas sob efeito de álcool, 12.6% dos inquiridos refere tê-lo feito no último ano.

Quadro 13 - Frequência de sexo sob o efeito do álcool nos últimos 6 meses nos estudantes inquiridos

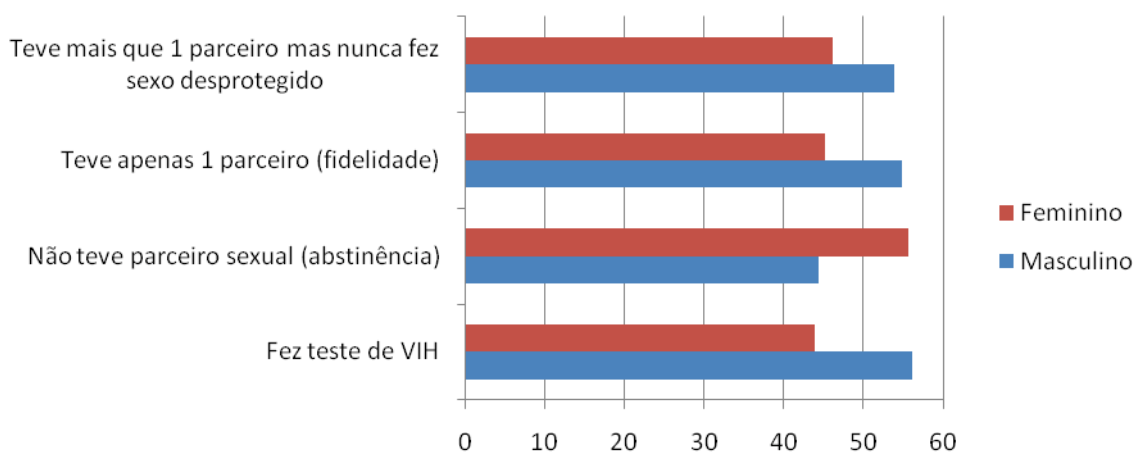
	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Nunca ou apenas 1 vez	179	53.0	145	68.4	324	58.9	12.827	.000
Quase sempre ou sempre	159	47.0	67	31.6	226	41.1		

Como adesão às medidas de protecção sexual (Quadro 14), 98 estudantes (55 masculinos e 43 femininos) fizeram teste VIH nos últimos 6 meses, 72 (32 masculinos e 40 femininos) não tiveram parceiro sexual nos últimos seis meses, ou seja, mantiveram-se abstinentes, 337 (185 masculinos e 152 femininos) tiveram apenas 1 parceiro sexual (fidelidade), 264 (152 masculinos e 112 femininos) tiveram mais do que um parceiro mas nunca fizeram sexo desprotegido e 324 (179 masculinos e 145 femininos) não fizeram sexo desprotegido sob o efeito do álcool.

Quadro 14 - Adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes inquiridos

nos últimos 6 meses...	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
Fez teste de VIH	55	56.1	43	43.9	98
Não teve parceiro sexual (abstinência)	32	44.4	40	55.6	72
Teve apenas 1 parceiro (fidelidade)	185	54.9	152	45.1	337
Teve mais que 1 parceiro mas nunca fez sexo desprotegido	142	53.8	122	46.2	264
Não fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool	179	55.2	145	44.8	324

Gráfico 2 - Adesão às medidas de protecção sexual por género nos estudantes inquiridos



2.4. Embaraço ligado ao uso do preservativo

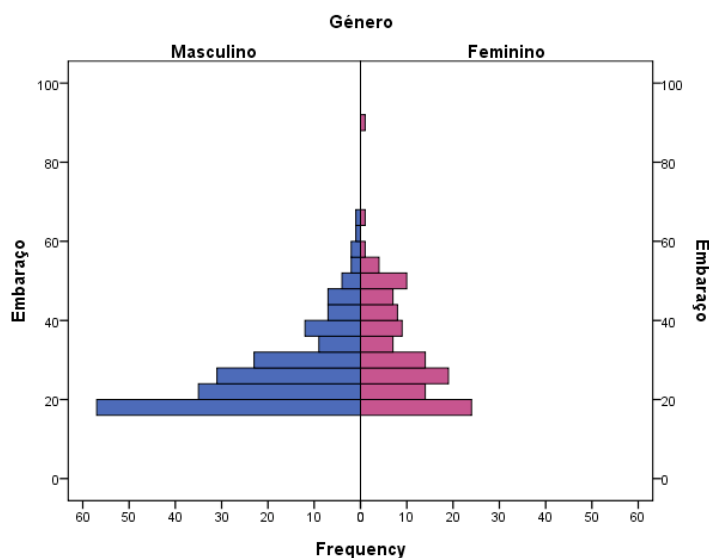
No que respeita ao embaraço no uso do preservativo (Quadro 15), verificou-se uma média de embaraço total nos rapazes de 27.2 ± 9.8 e para as raparigas de 31.9 ± 12.6 , para um máximo possível de 90 pontos. Observa-se diferença estatisticamente significativa ($z = -3.527$; $p = .001$) entre rapazes e raparigas.

Quadro 15 - Embaraço ligado ao uso do preservativo e respectivas dimensões nos estudantes inquiridos

	Média		Desvio Padrão		n		Z	P
	M	F	M	F	M	F		
Embaraço aquisição	13.1	18.5	5.9	8.9	191	119	-6.296	.000
Embaraço negociação	7.3	6.7	3.1	3.0	191	119	1.789	.075
Embaraço uso	6.7	6.8	3.2	3.5	191	119	-.258	.797
Embaraço total	27.2	31.9	9.8	12.6	191	119	-3.527	.001

A escala permite avaliar três dimensões: aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos; negociação do uso do preservativo; uso propriamente dito do preservativo. Numa análise global verificou-se que o embaraço nas raparigas é superior ao dos rapazes. Na análise por dimensões verifica-se que as raparigas apresentam valores médios de maior embaraço na dimensão aquisição ($z=-6.296$; $p=.000$), diferença estatisticamente significativa.

Gráfico 3 - Embaraço ligado ao uso do preservativo por género nos estudantes inquiridos



Decompondo o embaraço nas suas dimensões, verifica-se que no **embaraço relativo à aquisição**, para os rapazes é de 13.1 ± 5.9 e para as raparigas 18.5 ± 8.9 .

As maiores percentagens de embaraço são referidas quando a aquisição perto da casa dos pais, 45,6% das raparigas e 33% dos rapazes, ou na aquisição num sítio onde pudesse ser visto por pessoas conhecidas, 47,4% das raparigas e 22,3% dos rapazes.

Quanto ao **embaraço relativo à negociação**, para os rapazes, a média é de 7.3 ± 3.1 , para as raparigas, a média é de 6.7 ± 3.0 proporção estatisticamente não significativa ($t = -1.789$; $p = .075$).

Verifica-se, portanto, que o embaraço é inferior nas raparigas em todas as questões colocadas sendo que relativamente à questão do embaraço *se tivesse que interromper o jogo amoroso para pedir à parceira para usar preservativo*, 25.5% respondeu afirmativamente e na questão que *se tivesse que interromper o jogo amoroso para dizer à parceira que sem preservativo não faria sexo*, 21.8% respondeu afirmativamente. De uma forma geral tanto os rapazes como as raparigas demonstram baixo embaraço quanto à negociação.

No **embaraço relativo ao uso**, para os rapazes, a média é de 6.7 ± 3.2 , para as raparigas, a média é de 6.8 ± 3.5 , proporção estatisticamente não significativa ($t = -258$; $p = .797$). Tanto os rapazes como as raparigas demonstram baixo embaraço relativo ao uso.

Oliveira (2008) no seu estudo com os jovens estudantes, obteve valores mais altos para ambos os sexos (no total e em todas as dimensões) e 40.8% consideraram mais embaraçoso adquirir preservativos no espaço *dentro da faculdade*.

2.5. Auto-percepção do risco

Quando questionados os estudantes, tendo em conta o seu comportamento sexual, se se consideravam em risco de ser infectado pelo VIH ou outra IST (Quadro 16), a grande maioria, 86.3% respondeu nenhum risco, 12.1% algum risco, 1.1% risco elevado e 0.5% não sabia, sendo de realçar que rapazes e raparigas apresentam percentagens semelhantes dentro de cada categoria. No estudo de Oliveira (2008) a percepção susceptibilidade é muito baixa, 99.1% referira correr *muito pouco risco* ou *nenhum risco*. 30.8% dos estudantes tem relações sexuais sob o efeito do álcool e parece desconhecer o efeito do álcool e outras drogas na capacidade para praticar sexo seguro. Cruz *et al.* (1997) verificou que 35.4% dos estudantes admitia que a Sida não os fez alterar em nada o seu comportamento sexual. Saldanha (sd) num estudo que envolveu 375 jovens adolescentes, constatou que relativamente ao VIH, 84% considera impossível contaminar-se e 42% considera possível que os seus amigos se contaminem, 90% referem ser capazes de se proteger e 58% atribuíram como destino a possibilidade de contágio. Apenas, 56% afirma ter usado sempre o preservativo. Gaspar *et al.* (2006) numa amostra de 1037 adolescentes, observou que

cerca de metade referem não correr nenhum risco de ser infectados e mais de um terço referem não saber se correm riscos. Todos os dados apresentados são muito preocupantes uma vez que revelam que estes jovens estão em alto risco de se infectarem com o VIH.

Quadro 16 - Comportamento sexual *versus* risco de ser infectado por VIH/Sida ou outras IST nos estudantes inquiridos

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum risco	289	84.8	195	88.6	484	86.3
Sim, algum risco	44	12.9	24	10.9	68	12.1
Sim, risco elevado	6	1.8	0	.0	6	1.1
Não sei	2	.6	1	.5	3	.5

Considerando que a maioria dos jovens (Quadro 17) refere nenhum risco (sem diferença entre género), analisou-se os dados desagregando-os segundo as respostas à questão “Fez sexo desprotegido”. Saliente-se que dos 296 jovens que refere ter feito sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses 81.1% considera-se sem risco de contrair IST e apenas 1.7% se considera com elevado risco.

Quadro 17 - Risco de contrair IST *versus* sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses, nos estudantes inquiridos

	Nunca fez		Fez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum risco	236	91.8	240	81.1	476	86.1
Sim, algum risco	19	7.4	49	16.6	68	12.3
Sim, risco elevado	1	.4	5	1.7	6	1.1
Não sei	1	.4	2	.7	3	.5

Considerando que os envolvimento sexuais sob o efeito de substâncias psicoactivas podem levar a comportamentos sem protecção (Quadro 18), desagregaram-se os dados segundo a resposta à questão “Fez sexo sob o efeito do álcool”. Verificou-se que 80.9% (182) dos jovens fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool nos últimos seis meses e considera-se sem risco de contrair IST e apenas 1.8% se considera com elevado risco.

Quadro 18 - Risco de contrair IST *versus* sexo desprotegido sob o efeito do álcool nos últimos seis meses nos estudantes inquiridos

	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum risco	290	90.1	182	80.9	472	86.3
Sim, algum risco	29	9.0	37	16.4	66	12.1
Sim, risco elevado	2	.6	4	1.8	6	1.1
Não sei	1	.3	2	.9	3	.5

2.6. Análise inferencial

Q1. Existe diferença nas características individuais dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual?

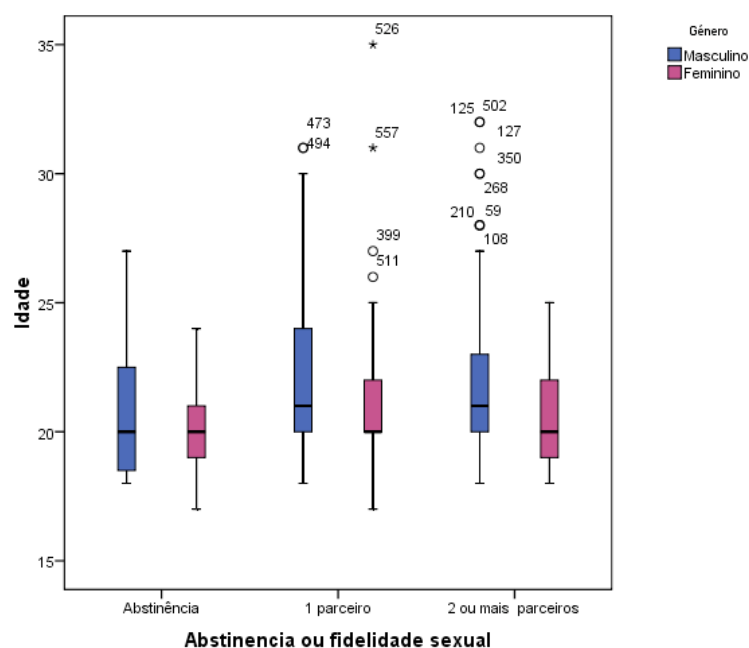
Aplicando testes estatísticos (Quadro 19), verificou-se que só existe diferença para algumas dimensões da adesão às medidas de protecção sexual dos jovens do ensino superior, nomeadamente no número de parceiros sexuais, se usou preservativo e se fez sexo desprotegido ou sob o efeito do álcool relativamente à idade, ao número de matrículas e de festas frequentadas.

Quadro 19 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual *versus* caracterização e género dos estudantes inquiridos

	Idade		Curso que frequenta*		Nº de matrículas		Festas frequentadas	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Abstinência ou 1 parceiro Teste de Kruskal Wallis (valor de p)	4.361 (.113)	6.130 (.047)	2.931 (.569)	6.359 (.174)	5.196 (0.074)	1.376 (.503)	4.958 (.084)	3.466 (.177)
Teste VIH/Sida nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-1.219 (.223)	-.490 (.624)	1.460 (.482)	.889 (.641)	-.515 (.606)	-1.156 (.248)	-.581 (.561)	-1.798 (.072)
Já usou preservativo Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-3.029 (.002)	-2.756 (.006)	2.924 (.232)	5.304 (.071)	-2.412 (.016)	-1.637 (.102)	-1.883 (.060)	-1.575 (.115)
Fez sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-2.765 (.006)	-1.677 (.094)	2.206 (.332)	.090 (.956)	-2.986 (.003)	-2.107 (.035)	-1.591 (.112)	-1.693 (.090)
Fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-3.698 (.000)	-1.987 (.047)	2.318 (.314)	.501 (.778)	-3.494 (.000)	-2.520 (.012)	-2.877 (.004)	-2.226 (.026)

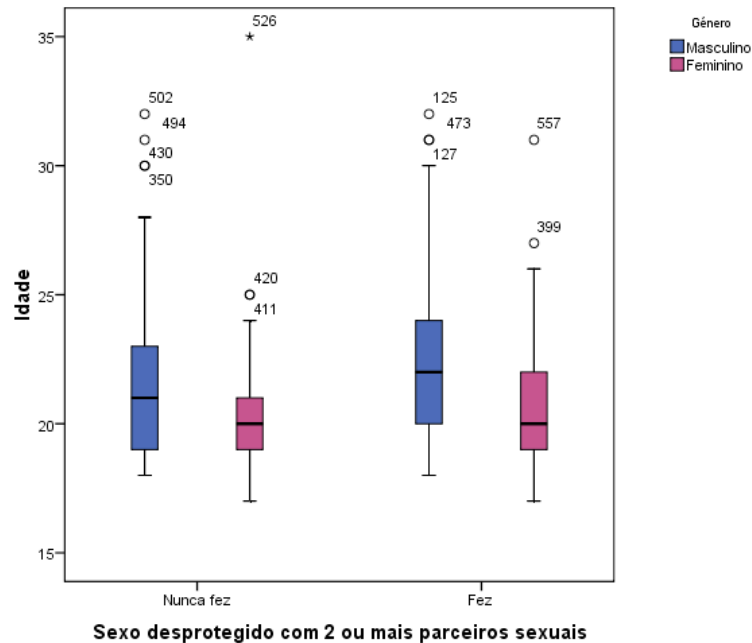
* teste de qui quadrado

Pela análise do Gráfico 4, verifica-se que são os rapazes e raparigas mais velhos os que mais têm um só parceiro (fidelidade) e que os rapazes e raparigas mais novos são os mais abstinentes. Estes resultados podem ser justificados por aspectos relacionais, ou seja, os estudantes mais velhos terem mais relações de namoro/compromisso e os mais novos ainda não terem iniciado a sua vida sexual. Diversos estudos (Dias, 2009) apontam para o progressivo aumento da idade de início da actividade sexual. É a idade de jovem adulto que, com uma identidade assumida, poderá criar relação de intimidade com os outros. Com o avançar da idade e a aproximação da fase do adulto jovem, pela ordem natural do ciclo da vida, a fase seguinte é a constituição do casal (Erikson citado por Pinheiro, 2003). Na nossa sociedade e tendo por base a nossa cultura, maioritariamente, só através de relações estáveis e de fidelidade se conseguirá alcançar esta etapa do ciclo de vida (Pereira, 2001).

Gráfico 4 - Abstinência ou fidelidade sexual *versus* idade e género nos estudantes inquiridos

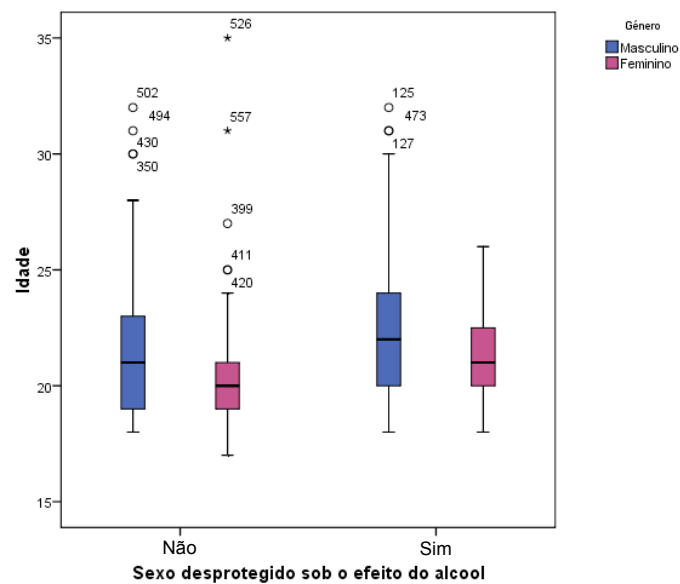
Pela análise do Gráfico 5, observa-se que os jovens estudantes masculinos mais velhos são os que mais fizeram sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses, sendo esta proporção estatisticamente significativa ($p=.006$). As raparigas mais novas são as que mais referem nunca ter feito sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses. Quanto ao número de parceiros, estes dados podem ser explicados tendo por base alguns autores (Pereira, 2001) que referem que, aos homens, culturalmente lhes é permitida uma conduta sexual mais liberal e permissiva com conotação positiva, ao passo, que as mulheres são mais reprimidas e não lhes é socialmente “aprovada” tal conduta, sendo conotadas negativamente se as tiverem. Continua-se a privilegiar a sexualidade masculina pelos valores da virilidade e da compulsão. Os rapazes continuam mais orientados para a gratificação do impulso, ao passo que as raparigas continuam a valorizar mais a intimidade e o relacionamento emocional (Antunes, 2007). Contudo, alguns estudos apontam para o facto de que os jovens envolvidos em relacionamentos mais longos pode constituir barreira à utilização do preservativo uma vez que parece haver correlação entre o envolvimento afectivo e a desvalorização dos comportamentos de prevenção (Alvarez, 2005).

Gráfico 5 - Sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses *versus* idade e género nos estudantes inquiridos



Pela análise do Gráfico 6, observa-se que tanto os rapazes como as raparigas mais velhos são os que mais fizeram sexo desprotegido sob o efeito do álcool, sendo essa proporção estatisticamente significativa ($p=.000$ para os rapazes e $p=.047$ para as raparigas). A expli-

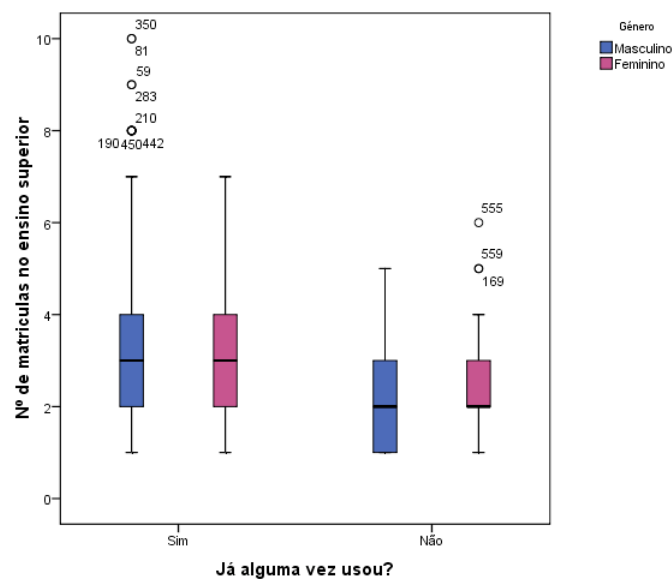
Gráfico 6 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* idade e género nos estudantes inquiridos



cação pode advir de estudos (Freitas, 2003; Lomba, 2008; Cardoso, 2008; Agante, 2009) que verificaram que os jovens que apresentavam consumos de álcool, revelaram baixa utilização do preservativo, parece, portanto, que o consumo de álcool tem efeito inibidor na utilização do preservativo por se constituir como factor inibidor do juízo crítico. Os mais velhos são os que menos usam porque, provavelmente, são também os que mais bebem (Gráfico 7).

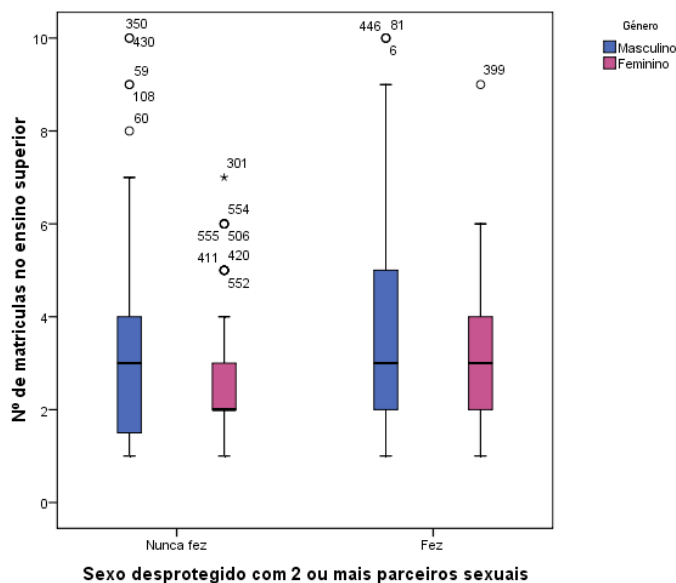
Os jovens estudantes com maior número de matrículas, tanto os femininos como os masculinos, são os que mais referem já ter utilizado o preservativo, sendo esta proporção estatisticamente significativa apenas para os rapazes ($p=.016$). Estes dados podem estar relacionados com o facto de serem os rapazes mais velhos os que são menos abstinentes e os que têm maior número de parceiros, portanto mais experiência sexual.

Gráfico 7 - Utilização do preservativo *versus* número de matrículas no ensino superior e género nos estudantes inquiridos



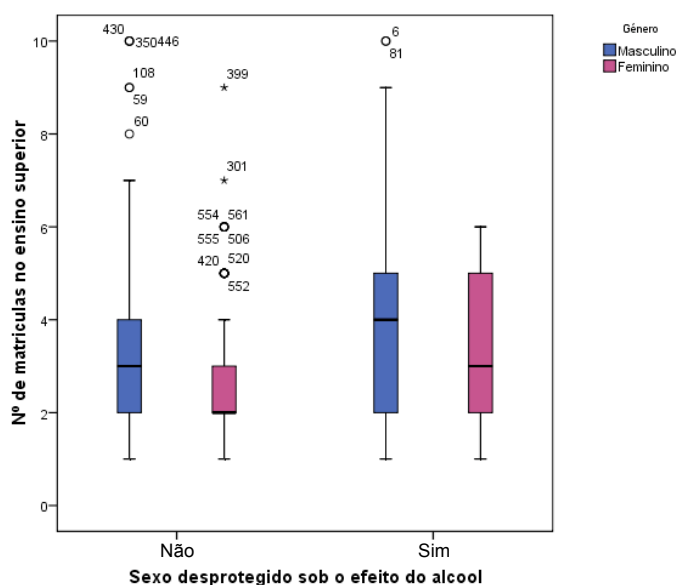
De acordo com os dados do Gráfico 8, os estudantes com maior número de matrículas (femininos e masculinos) são os que referem sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses, proporção estatisticamente significativa ($p=.003$ nos masculinos e $p=.035$ nos femininos). A explicação para este facto está relacionada com a idade, uma vez que os que têm maior número de matrículas são também os mais velhos que são quem mais bebe e quem utiliza, por conseguinte, menos o preservativo.

Gráfico 8 - Sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros *versus* número de matrículas no ensino superior e género nos estudantes inquiridos



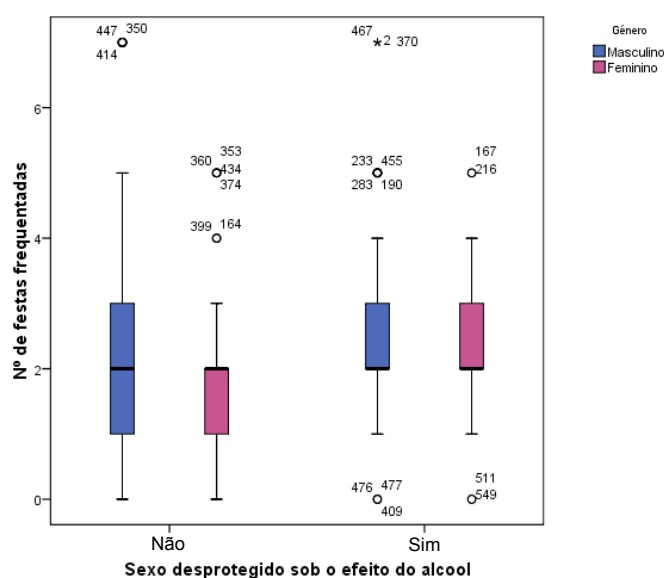
Pela análise do Gráfico 9, verifica-se que os estudantes com maior número de matrículas (masculinos e femininos) são quem mais fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool, sendo esta proporção estatisticamente significativa ($p=.000$ masculino e $p=.012$ feminino). A explicação para estes resultados pode residir no facto de serem estes estudantes quem mais frequentou as festas e consequentemente, também, os mais velhos.

Gráfico 9 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* número de matrículas no ensino superior e género nos estudantes inquiridos



Pela análise do Gráfico 10 conclui-se que os estudantes que mais frequentaram as festas académicas foram os que mais referiram sexo desprotegido sob o efeito do álcool sendo a proporção estatisticamente significativa ($p=.000$ nos rapazes e $p=.012$ nas raparigas). Tendo em conta que nas festas académicas de Coimbra considera-se parte da tradição a ingestão de bebidas alcoólicas, principalmente de cerveja e que o álcool é factor inibidor da adesão às medidas de protecção, explica-se facilmente: quem mais foi às festas foi quem mais bebeu e mais sexo desprotegido teve (nos últimos seis meses).

Gráfico 10 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* número de festas frequentadas e género nos estudantes inquiridos



Como se pode verificar pelos resultados acima descritos, existem diferenças de comportamento entre o género em relação à adesão às medidas de protecção sexual que podem ser facilmente explicadas pelo processo de socialização e cultura (Pereira, 2001; Silveira 2006; Oliveira, 2008) perante o qual, se justificam estas diferenças de género pelo duplo padrão sexual (Dias, 2009). Nodin (2001) no seu estudo, verificou que no que respeita à persistência ou esbatimento do duplo padrão sexual, as respostas entre rapazes e raparigas foram estatisticamente significativas. Parece, ainda, prevalecer a ideia de que a relação com um parceiro (fidelidade) não constitui risco de transmissão de IST, o que conduz à ausência de comportamentos preventivos como o não uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Q2. Os jovens do ensino superior com menor percepção de risco são os que exibem menor adesão às medidas de protecção sexual

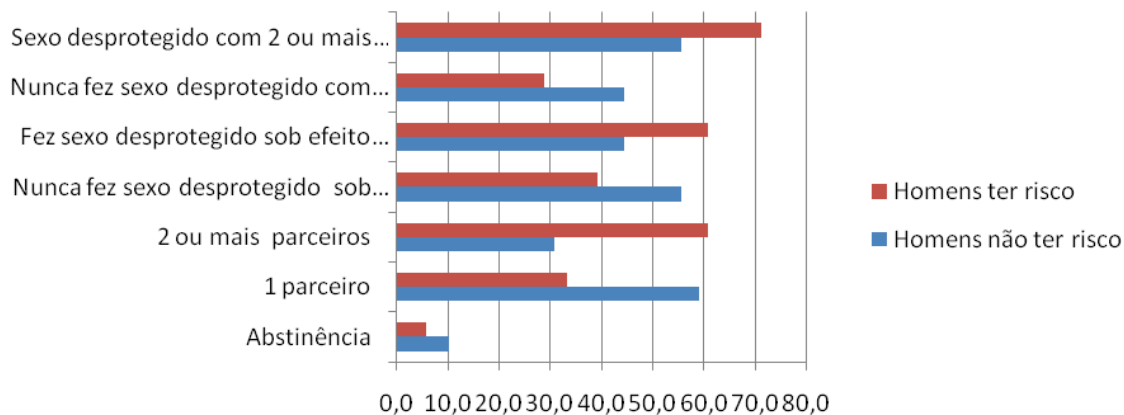
Aplicando testes estatísticos (Quadro 20), verificou-se que só existe diferença para algumas dimensões da adesão às medidas de protecção sexual dos jovens do ensino superior, nomeadamente no número de parceiros sexuais, fez sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros e fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool relativamente à autopercepção do risco.

Quadro 20 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual
versus auto-percepção do risco e género dos estudantes inquiridos

	Auto-percepção de risco	
	M	F
Abstinência ou 1 parceiro Teste de Qui –quadrado (valor de p)	17.070 .000	2.695 .260
Teste VIH/Sida nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	0.436 .315	.225 .435
Já usou preservativo Teste U de Man-Whintney (valor de p)	0.065 .573	0.251 .465
fez sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	4.347 .025	9.854 .002
Fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool Teste U de Man-Whintney (valor de p)	4.662 .022	4.084 .040

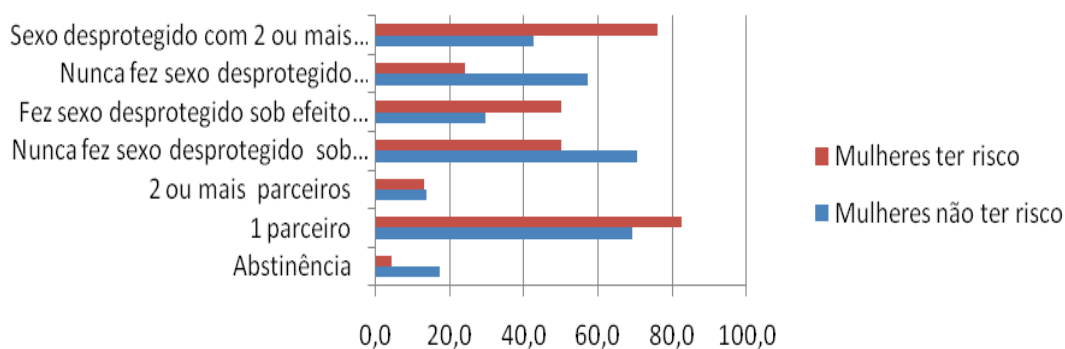
Pela análise do Gráfico 11 podemos perceber que os rapazes que fazem sexo desprotegido com dois ou mais parceiros (70%), os que o fazem sob o efeito do álcool (60%) e os que tiveram dois ou mais parceiros (70%) são os que apresentam percentagens superiores de autopercepção do risco, proporções estatisticamente significativas ($p=.025$; $p=.022$, respectivamente). Pelo contrário, os que só tiveram um parceiro (fidelidade), apresentam percepção de não ter risco (70%), proporção estatisticamente significativa ($p=.000$). Estes resultados explicam-se tendo em conta que a percepção do risco/vulnerabilidade se encontra relacionada com o grau de exposição do indivíduo a determinado acontecimento, neste caso a exposição ao VIH (Nodin, 2001) pelo que, se têm um só parceiro e são fiéis, não se consideram expostos e consequentemente, não se consideram em risco.

Gráfico 11 - Autopercepção do risco *versus* adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes masculinos inquiridos



Pela análise do Gráfico 12 verifica-se que as raparigas que fizeram sexo desprotegido com dois ou mais parceiros (40%), fez sexo sob o efeito do álcool (25%) e as que têm um só parceiro (65%) não se consideram em risco, contudo, são também as mulheres que fizeram sexo desprotegido com dois ou mais parceiros e as que têm um só parceiro que apresentaram maior autopercepção do risco. Estes resultados parecem evidenciar que as estudantes femininas deste estudo não percebem a fidelidade como factor protector para o VIH. Porém não convém descurar que apesar da não percepção de risco estar associada a comportamentos de risco ou de não adesão a medidas de protecção, a percepção do risco parece não induzir a prática de comportamentos sexuais seguros (Dias, 2009). Neste estudo e para as raparigas, 85,1% não usaram preservativo.

Gráfico 12 - Autopercepção do risco *versus* adesão às medidas de protecção sexual nos estudantes femininos inquiridos



Q3. Os jovens do ensino superior que demonstram embaraço no uso do preservativo são os que exibem menor adesão às medidas de protecção sexual?

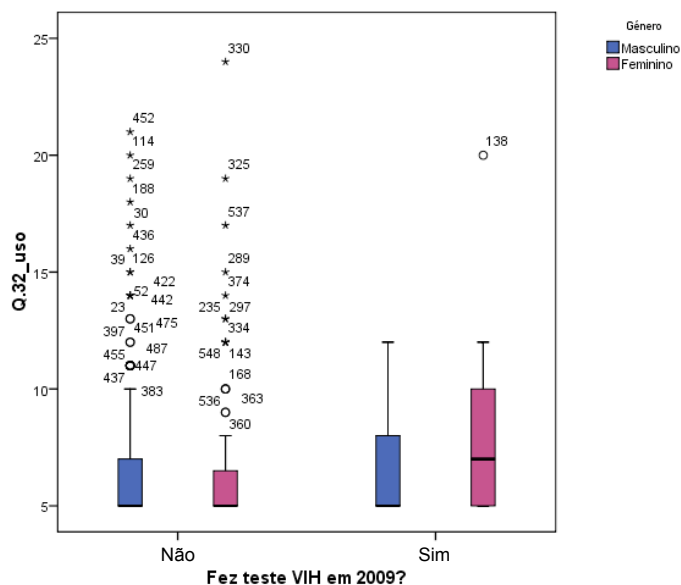
Aplicando testes estatísticos (Quadro 21), verificou-se que só existe diferença para algumas dimensões da adesão às medidas de protecção sexual dos jovens do ensino superior, nomeadamente nas dimensões negociação e utilização do preservativo da escala do embaraço.

Quadro 21 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual *versus* embaraço ligado ao uso do preservativo e género dos estudantes inquiridos

	Aquisição		Negociação		Utilização		Embaraço total	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Abstinência ou 1 parceiro Teste de Kruskal Wallis (valor de p)	1.716 (.424)	.139 (.933)	3.544 (.170)	2.217 (.330)	.386 (.825)	3.078 (.215)	.597 (.742)	.407 (.816)
Teste VIH/Sida nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-1.369 (.171)	-1.090 (.276)	-.318 (.750)	-1.879 (.060)	-.032 (.975)	-2.009 (.044)	-.819 (.413)	-1.581 (.114)
Já usou preservativo Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-1.030 (.303)	-.060 (.952)	-.919 (.358)	-2,236 (.025)	-.782 (.434)	-1.868 (.062)	-.380 (.704)	-.865 (.387)
Fez sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-1.525 (.127)	-.638 (.524)	-.608 (.543)	-.577 (.564)	-1.699 (.089)	-.684 (.494)	-1.534 (.125)	-.350 (.726)
Fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool Teste U de Man-Whintney (valor de p)	-1.640 (.101)	.000 (1.000)	-.555 (.579)	-0.154 (.877)	-.482 (.630)	-1.114 (.265)	-1.298 (.194)	-.296 (.767)

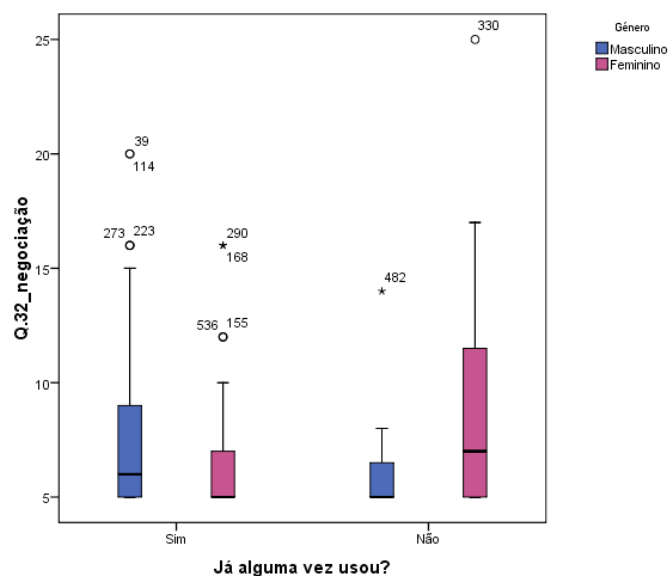
Pela análise do Gráfico 13 verifica-se que os jovens que fizeram teste em 2009, são os que revelam maior embaraço no uso do preservativo e destes, as raparigas apresentam score superior, proporção estatisticamente significativa para as raparigas ($p=.044$). Estes dados justificam-se pelo facto de que um maior embaraço conduz ao uso inconsistente do preservativo ou ao não uso, 78,2% revelou não possuir preservativo e 14,9% não usou, daí a necessidade de realização do teste, por percepção da vulnerabilidade à infecção pelo VIH.

Gráfico 13 - Ter feito teste VIH em 2009 *versus* embaraço no uso do preservativo e género nos estudantes inquiridos



Pela análise do Gráfico 14, conclui-se que as raparigas que não usaram preservativo são as que revelam maior embaraço na negociação, proporção estatisticamente significativa ($p=.025$). Uma possível explicação reside no pouco contacto com a situação e com o

Gráfico 14 - Ter utilizado preservativo *versus* embaraço na negociação do preservativo e género nos estudantes inquiridos



preservativo, daí o seu menor à-vontade para negociar a sua utilização. Por outro, lado, os rapazes que mais usaram o preservativo são os que revelam maior embaraço na negociação do mesmo. Justificação para este resultado, poderá estar relacionado com o facto dos jovens rapazes não quererem parecer pouco românticos uma vez que analisando as questões da dimensão, é na altura da iminência do uso que o rapaz se sente mais embaraçado (Quadro 15) (Alvarez, 2005).

Inferre-se que os jovens do ensino superior que demonstram maior embaraço no uso do preservativo são os que exibem menor adesão às medidas de protecção sexual, verificando-se a Q3.

Q4. Existe diferença no padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual?

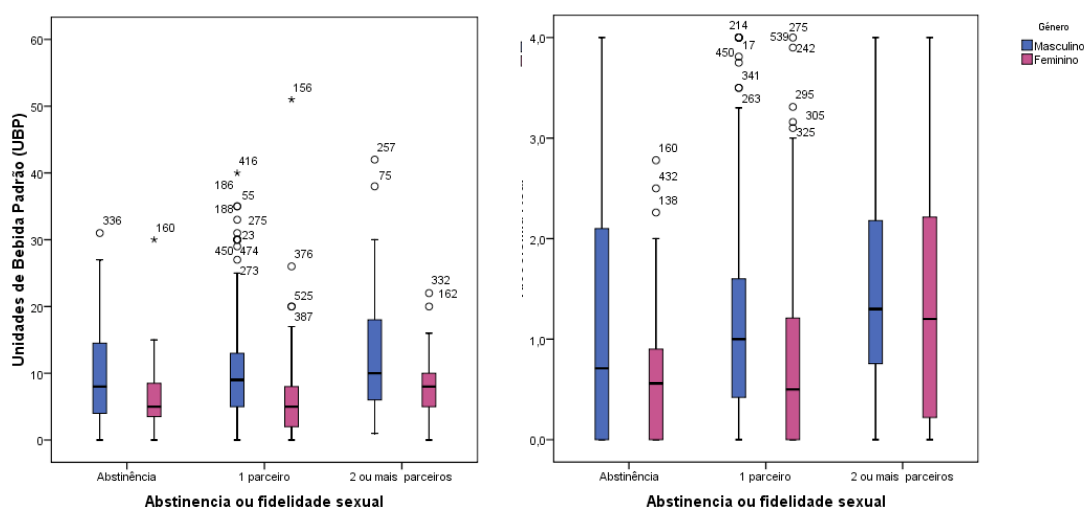
Aplicando testes estatísticos (Quadro 22), verificou-se que existe diferença em todas as dimensões da adesão às medidas de protecção sexual dos jovens do ensino superior.

Quadro 22 - Análise inferencial das dimensões da adesão às medidas de protecção sexual
versus padrão de consumo de bebidas alcoólicas

	Bebe todas as noites		UBP		Alcoolémia real		% noites em que ficou embriagado		Gasto por noite	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Abstinência ou 1 parceiro Teste de Kruskal Wallis (valor de p)	.350 (.839)	4.560 (.102)	10.527 (.005)	7.542 (.023)	7.634 (.022)	2.129 (.345)	7.636 (.022)	.438 (.803)	7.636 (.022)	5.838 (.054)
Teste VIH/Sida nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	.006 (.542)	1.865 (.116)	-.431 (.666)	-1.616 (.106)	-1.399 (.162)	-.583 (.560)	-.832 (.406)	-.930 (.352)	-1.265 (.206)	-.200 (.841)
Já usou preservativo Teste U de Man-Whintney (valor de p)	2.593 (.093)	.562 (.292)	-2,101 (.036)	-.122 (.930)	-1.244 (.213)	-1.176 (.240)	-1.572 (.116)	-1.982 (.048)	-1.438 (.150)	-.258 (.796)
fez sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros nos últimos 6 meses Teste U de Man-Whintney (valor de p)	2.030 (.097)	.000 (.545)	-.696 (.486)	-1.157 (.247)	-1.291 (.197)	-.374 (.708)	-1.955 (.051)	-1.941 (.052)	-2.317 (.020)	-0.993 (.321)
Fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool Teste U de Man-Whintney (valor de p)	8.215 (.003)	2.396 (.081)	-2.051 (.040)	-2.164 (.030)	-1.257 (.209)	-3.019 (.003)	-2.749 (.006)	-2.814 (.005)	-4.715 (.000)	-.398 (.691)

Na análise do Gráfico 15, verifica-se que os rapazes em média têm UBP e alcoolemia mais elevados. Os jovens estudantes masculinos e femininos com maior UBP são os que têm 2 ou mais parceiros sexuais sendo esta proporção estatisticamente significativa ($p=.005$ nos rapazes; $p=.023$ nas raparigas). O mesmo fenómeno acontece com a alcoolemia real, com proporções estatisticamente significativas para os rapazes ($p=.022$). Portanto, os que mais bebem são os que têm maior número de parceiros, justificando-se com a desinibição atribuída aos efeitos do álcool que facilita as práticas sexuais. Os estudantes com menor UBP (rapazes e raparigas) são os que têm um parceiro sexual. Estes resultados parecem indicar que um dos motivos para o consumo de álcool seja o de facilitar o conhecimento de parceiros sexuais (Bellis, 2008; Cardoso, 2008).

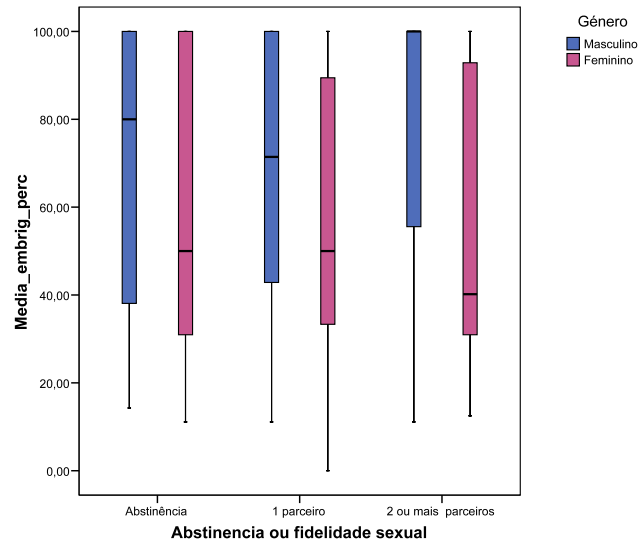
Gráfico 15 - Abstinência ou fidelidade sexual *versus* UBP, alcoolemia real e género nos estudantes inquiridos



Os jovens estudantes masculinos (Gráfico 16) apresentaram percentagens médias de embriaguez superiores às estudantes femininos. Os rapazes que referem dois ou mais parceiros sexuais apresentaram percentagens mais elevadas e as mais baixas foram apresentadas pelos que têm um só parceiro, proporções estatisticamente significativas ($p=.022$). Cardoso (2008) explica estes resultados através da potencial utilização do álcool para facilitar encontros sexuais, daí que quem tenha um parceiro sexual (fidelidade) apresente médias de embriaguezes inferiores. Pelo contrário, são as raparigas com dois ou mais parceiros sexuais que apresentam menores percentagens médias de embriaguez, poder-se-ão explicar estes resultados o duplo padrão do comportamento sexual em que as

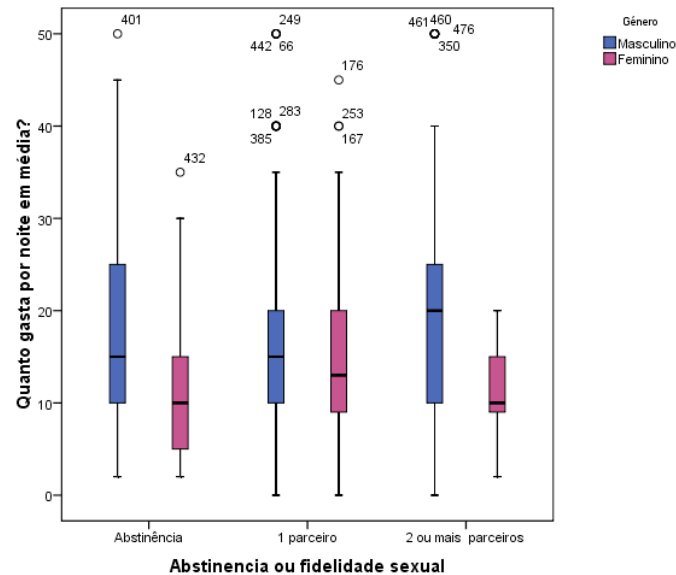
mulheres não procuram tanto o sexo utilitário e não utilizem o álcool tanto para facilitar os encontros sexuais (Silveira, 2006).

Gráfico 16 - Abstinência ou fidelidade sexual *versus* média de embriaguez e género nos estudantes inquiridos



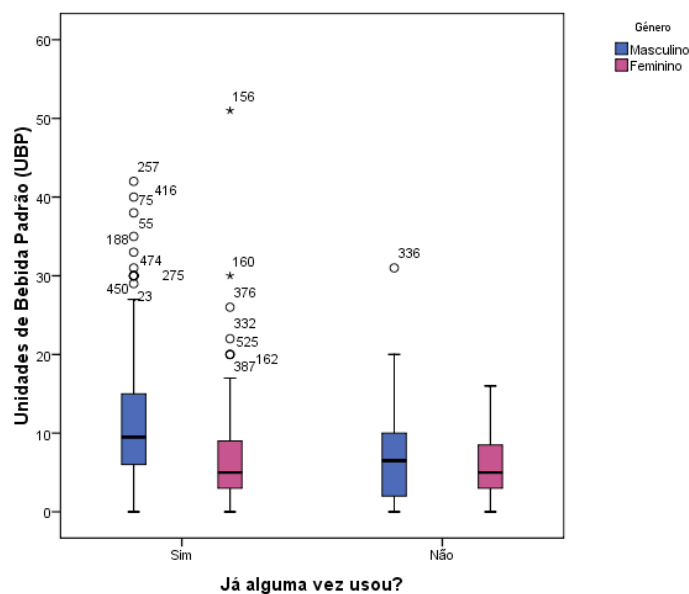
Analisando o Gráfico 17, verifica-se que os rapazes gastam mais que as raparigas talvez, porque também bebem mais. São as raparigas abstinentes as que menos gastam em por noite, ao passo que os rapazes que têm dois ou mais parceiros são os que mais gastam por noite, visto serem os que mais bebem. As raparigas e rapazes com um parceiro têm sensivelmente os mesmos gastos por noite, possivelmente porque até dividem as despesas (“racham a conta”). Sendo que estas proporções são estatisticamente significativas para os rapazes ($p=.020$). Não se encontrou na literatura dados suficientes que permitissem estabelecer justificação entre abstinência ou fidelidade sexual *versus* gasto médio por noite, contudo, o IREFREA (2007) verificou que os que têm maior número de parceiros são os que mais gastam (15,2 euros em média por noite).

Gráfico 17 - Abstinência ou fidelidade sexual *versus* quanto gasta em média por noite e gênero nos estudantes inquiridos



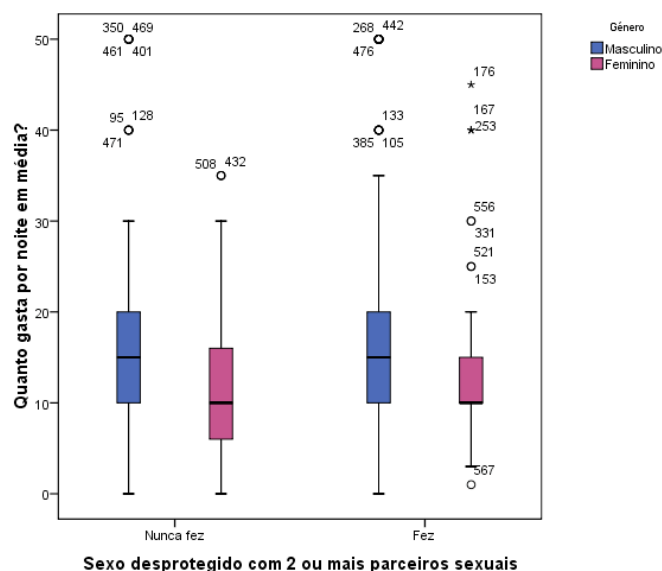
Com a análise do Gráfico 18, verificou-se que os jovens que têm maior UBP são os que mais já usaram preservativo, proporção estatisticamente significativa para os estudantes do sexo masculino ($p=.036$). Contudo, constata-se pela revisão da literatura que são os que mais bebem os que não usam o preservativo de forma consistente, pelo que estes resultados devem ser interpretados de forma cautelosa.

Gráfico 18 - Ter usado preservativo *versus* UBP e gênero nos estudantes inquiridos

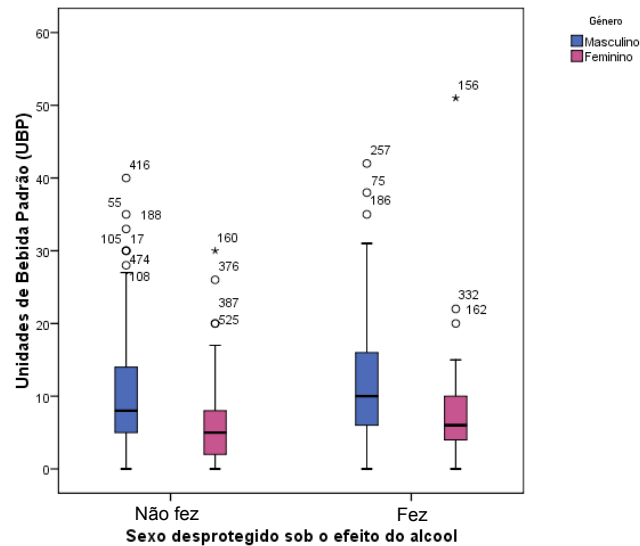


Constata-se pela análise do Gráfico 19 que as raparigas gastam menos que os rapazes. Nos rapazes os gastos são semelhantes para os que já fizeram sexo desprotegido com dois ou mais parceiros e para os que nunca o fizeram. Nas raparigas, o mesmo não acontece pois, 25% das que nunca fizeram sexo desprotegido fazem referência a gastos inferiores aos das raparigas que já tiveram sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses, talvez por serem estas últimas quem mais bebe.

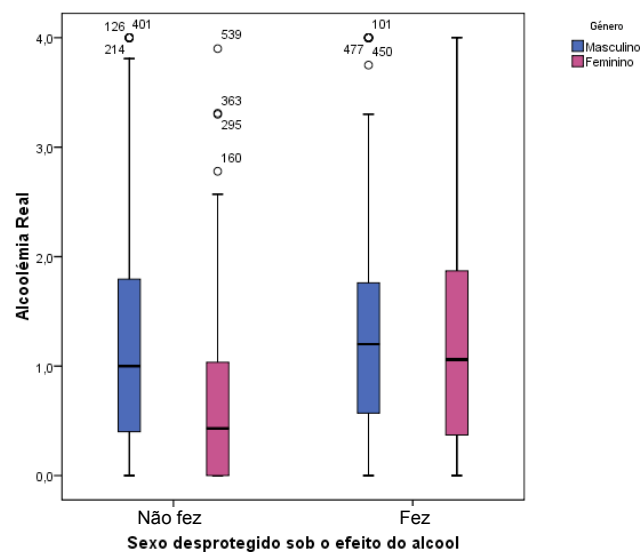
Gráfico 19 - Sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses *versus* quanto gasta por noite e género nos estudantes inquiridos



Verifica-se pela análise do Gráfico 20 que os estudantes masculinos e femininos que têm maior média de UBP são os que mais fizeram sexo desprotegido sob o efeito do álcool, destes, destacam-se os rapazes como os que mais o fizeram. Proporção estatisticamente significativa para ambos os sexos (rapazes $p=.040$; raparigas $p=.030$) Diversos estudos são consonantes com o verificado na medida em que correlacionam o consumo de álcool com a diminuição da percepção dos riscos (Moreira, 2002), uma vez que compromete o estabelecimento de juízo crítico, tornando os estudantes menos cautelosos e preocupados.

Gráfico 20 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* UBP e género nos estudantes inquiridos

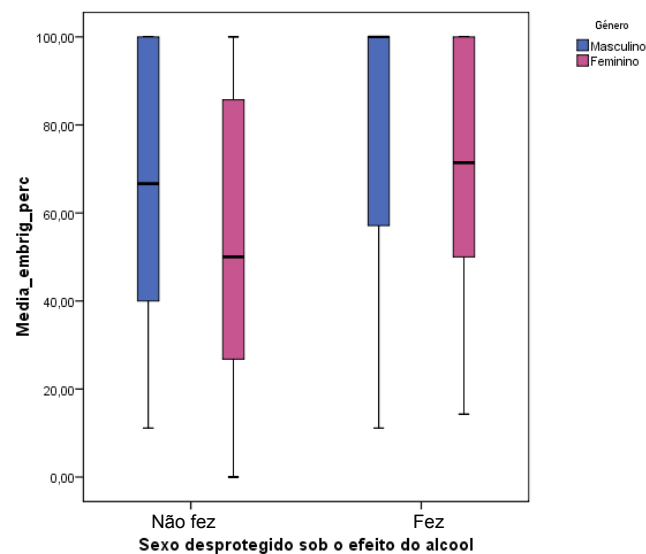
Pela análise do Gráfico 21 constata-se que os estudantes que apresentam graus de média de alcoolemia superior são os que mais fizeram sexo desprotegido sob o efeito do álcool. As raparigas que nunca o fizeram são as únicas em que há referência a valores de alcoolemia de 0.0. Estes resultados são coincidentes com os encontrados em diversos estudos que relacionam o sexo desprotegido com o consumo do álcool.

Gráfico 21 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* alcoolemia real e género nos estudantes inquiridos

Verifica-se pela análise do Gráfico 22 que dos estudantes que referem sexo sob o efeito do álcool se embriagaram, em média, 100% das noites para os rapazes e cerca de 70% das noites para as raparigas. Dos que não o fizeram, embriagaram-se em cerca de 70% das

noites os rapazes e cerca de 50% para as raparigas proporção estatisticamente significativa (masculinos $p=.005$; femininos $p=.006$). Os que referem ter feito sexo desprotegido sob o efeito do álcool, nos rapazes, foram os que se embriagaram em maior número de noites.

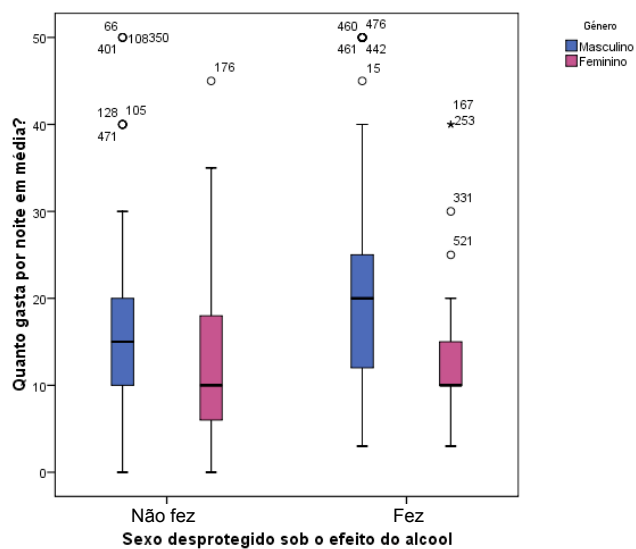
Gráfico 22 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* média de noites em que ficou embriagado e género nos estudantes inquiridos



Pela análise do Gráfico 23 verifica-se que os que gastam mais em média por noite, são os estudantes masculinos que referem ter feito sexo desprotegido sob o efeito do álcool. As raparigas gastam em média valores semelhantes, as que fizeram e as que não fizeram sexo desprotegido sob o efeito do álcool nos últimos seis meses, sendo a proporção estatisticamente significativa para os rapazes ($p=.000$). Como se verificou anteriormente, podemos dizer que quem mais gasta é quem mais bebe e quem mais bebe é quem mais faz sexo desprotegido sob o efeito do álcool.

O consumo do álcool em ambientes recreativos é facilmente justificada pela crença de que esta substância favorece o desempenho sexual, consequentemente aumentando o prazer e diminui a inibição e ansiedade, facilitando os encontros sexuais e certos comportamentos sexuais (Cardoso, 2008). Contudo, o consumo desta substância, favorece também a diminuição da capacidade para discernir os riscos, dificultando o uso do preservativo. Daí que os indivíduos mais alcoolizados tenham tido mais relações sexuais desprotegidas que associada ao número de parceiros (dois ou mais) eleva bastante o risco de contaminação pelo VIH.

Gráfico 23 - Sexo desprotegido sob o efeito do álcool *versus* quanto gasta em média por noite e género nos estudantes inquiridos



Conclui-se, portanto, pela análise dos gráficos anteriores que existe diferença no padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual, verificando-se, portanto, a Q4.

CONCLUSÃO

O presente estudo pretendeu investigar quais os factores determinantes da não adesão às medidas de protecção sexual, por parte dos estudantes do ensino superior frequentadores de festas académicas uma vez que a transmissão de IST tem aumentado e a prevalência do uso consistente do preservativo está muito aquém do esperado.

Para melhor se compreender os factores determinantes da adesão ou da não adesão às medidas de protecção, pelos estudantes do ensino superior, tentou-se ao longo deste estudo perspectivar a relação entre as várias características individuais (género, idade, curso que frequenta, número de matrículas e festas frequentadas), auto-percepção do risco, embaraço ligado ao uso de preservativo e padrão de consumo de bebidas alcoólicas em contexto recreativo (frequência de consumos, Unidades de Bebida Padrão, alcoolemia real, frequência de noites em que ficou embriagado e dinheiro gasto por noite).

No decorrer deste estudo surgiram algumas dificuldades e obstáculos que, de certa forma, influenciaram a sua realização e limitam a discussão dos resultados. Na primeira parte do trabalho, procedeu-se à revisão teórica sobre os comportamentos sexuais do jovem adulto, sexualidade responsável e comportamentos sexuais em ambiente recreativo que serviram de suporte às questões de investigação formuladas na segunda parte, e que orientaram o desenho de investigação. Considera-se que, apesar de existir diversa bibliografia sobre comportamentos sexuais, estes visam essencialmente adolescentes ou estudantes do ensino secundário e um número mais reduzido, sobre jovens adultos ou estudantes do ensino superior. Os estudos encontrados abordam mais o uso do preservativo em si do que as determinantes da adesão às medidas de protecção sexual, nomeadamente a abstinência e a fidelidade comum. Revela-se, portanto, este tema como inovador e de difícil comparação de resultados com estudos anteriores.

O presente estudo pretendeu fazer um levantamento das eventuais determinantes dos comportamentos sexuais de risco do jovem adulto em ambiente recreativo (festas académicas), compreendendo uma amostra de estudantes do ensino superior. Naturalmente, esta amostra não é representativa de todos os estudantes uma vez que só os que frequentavam a festa académica de Coimbra e que responderam ao formulário integraram a amostra. Este

facto apresenta-se como mais uma das limitações deste estudo, por abarcar apenas os estudantes que estavam acessíveis e concordaram colaborar, originando a não aleatoriedade da amostra. Também o facto de alguns dos estudantes apresentarem alcoolemia elevada poderá ter influenciado de alguma forma as respostas, podendo ter originado enviesamento dos resultados revelando, por exemplo, enviesamento na avaliação do embaraço ligado ao uso do preservativo ou de percepção do risco, devido aos efeitos desinibidores do álcool.

Assim na introdução dos dados, dos 827 formulários aplicados, só 572 foram analisados, os restantes foram eliminados por não cumprirem os critérios de inclusão, deficit de preenchimento ou sinais de menos seriedade nas respostas.

Todas as questões de investigação formuladas tiveram apoio empírico, contudo, obtiveram-se diferenças estatisticamente pouco significativas ou não significativas para algumas das dimensões das variáveis estudadas. Identificaram-se vários determinantes da adesão às medidas de protecção sexual, salientando-se o género, a idade, o número de festas frequentadas, o número de matrículas, a baixa percepção do risco, o embaraço na negociação e utilização do preservativo e o padrão de consumo na festa (frequência e quantidade de consumos de bebidas alcoólicas, alcoolemia real, frequência de noites em que ficou embriagado e dinheiro gasto por noite). De um modo geral, os resultados obtidos parecem confirmar os obtidos em estudos anteriores, apesar de que na maioria a população seja diferente e o objecto de estudo em si também. Salientam-se os dados considerados mais relevantes:

- Dos 572 jovens estudados 60.3% são estudantes do sexo masculino e 39.7% do sexo feminino, sendo os rapazes, em média, mais velhos que as raparigas (21.8 ± 2.8 ; 20.7 ± 2.2), 24.7% frequentam cursos da área da saúde e 75.3% de outras áreas. Pode-se verificar que 39,3% dos estudantes tem 1 ou 2 matrículas, 44.4% tem 3 a 5, 16.3%, 6 ou mais matrículas.
- A maioria dos inquiridos (36.7%) frequentaram 5 a 9 festas académicas e 33.2% frequentaram mais de 10 festas
- A grande maioria dos rapazes e raparigas inquiridos referem um ou mais motivos para frequentar estas festas: 66.4% dos rapazes e 81.5% das raparigas vão à festa para se divertirem e 59.7% e 64.8% (respectivamente) é para estarem com os

amigos. No entanto 17.4% rapazes e 9.3% raparigas vão para conhecer pessoas e 13.9% dos rapazes e 7.5% das raparigas vão para beber. Apesar deste último motivo não ser o de valor mais elevado, revela-se significativo, tendo em conta que é o principal motivo de frequência da festa destes estudantes. Saliente-se que quando questionados se bebem ou não no decorrer da festa académica apenas 1.6% afirma não beber, enquanto 99.4% dos rapazes e 96.9% das raparigas afirma beber.

- Convidados a referir a alcoolemia esperada, verificou-se, na amostra masculina, que a média foi de $.9 \pm .8$ e nas raparigas de $.7 \pm .7$. No entanto a média de alcoolemia real (alcoholímetro) na amostra masculina foi de 1.3 ± 1.1 e na amostra feminina de 1.0 ± 1.0 . O desfasamento entre a alcoolemia esperada e a real pode ser justificado pelo facto de não saberem ao certo quanto beberam, uma vez que muitos destes estudantes tinham estado em jantares de curso.
- Em relação ao número de noites que frequentaram na última festa académica, constata-se que os rapazes ficaram embriagados em média $73.6\% \pm 30.7$ e as raparigas em média $58.9\% \pm 31.1$ noites, que os rapazes gastaram em média 18.1 ± 11.2 euros e as raparigas 12.7 ± 7.5 euros. Dos 45 jovens que referem embriaguez na festa académica anterior 8.8% dos rapazes e 7.4% das raparigas receberam assistência hospitalar por intoxicação alcoólica aguda e destes, só 31.8% dos rapazes e 47.8% das raparigas alteraram os seus consumos reduzindo-os (sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos).
- Quando aplicado o teste CAGE para detecção de dependência alcoólica (duas respostas afirmativas sugerem screening positivo), verifica-se que a média foi de 1.6 ± 1.6 nos rapazes e de 1.6 ± 1.5 nas raparigas, para um máximo de quatro pontos. Dado que esta escala não apresenta consistência interna (α de cronbach=.307), analisaram-se os quatro itens de forma independente, verificando-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os rapazes e as raparigas, embora as proporções de jovens com problemas relacionados com o álcool seja maior nos rapazes: 31.3% dos rapazes referem que sentiram necessidade de parar de beber, no ano passado e 17.3% em anos que não o último; para as raparigas, 38.1% refere ter tido necessidade de parar de beber no ano passado e 13.5% em anos anteriores; 6.0% dos rapazes referem necessidade de beber logo de manhã. A percepção de necessidade de parar de beber pode ser um bom indicador de percepção de risco acerca do consumo abusivo de álcool.

Em relação aos comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual, considerou-se, neste estudo, os jovens que referissem, nos últimos 6 meses: ter feito teste de VIH; não ter tido parceiro sexual (abstinência) ou apenas 1 parceiro (fidelidade); ter mais que 1 parceiro mas nunca ter feito sexo desprotegido; não ter feito sexo sob o efeito do álcool. Inquiriram-se ainda os estudantes sobre a forma como agiriam perante a oportunidade de ter sexo ocasional e sobre a auto-percepção de risco de IST. Os resultados obtidos indicam que, nos últimos 6 meses:

- 18.1% das raparigas e 9.5% dos rapazes referem abstinência sexual, ao passo que 68.8% das raparigas e 54.9% rapazes referem apenas um parceiro sexual. Contudo, apesar de grande maioria ter um só parceiro ou não terem parceiro, considerando a diferença entre rapazes e raparigas, verifica-se que são os rapazes os que mais referem ter tido 2 ou mais parceiros nos últimos 6 meses (35.6% contra 13.1%), proporção estatisticamente significativa.
- Dos inquiridos, 48.6% refere ter feito teste VIH dos quais, 17.1% em 2009 e 20.5% em 2008.
- Quanto à utilização do preservativo (posse e uso) as estudantes são as que mais referem não ter (78,2%) e que menos usam (14,9% refere não usar o preservativo), comparando com os estudantes que apesar de 53,6% não possuírem, destes, só 5,8% não usa.
- São os rapazes quem mais teve sexo desprotegido, incluindo sexo oral (58.2%), comparando com as raparigas (45.5%).
- Questionados acerca da frequência do sexo sob o efeito do álcool, 53.0% dos rapazes e 68.4% das raparigas refere não o ter feito ou ter feito uma vez, 47.0% dos rapazes e 31.6% das raparigas refere tê-lo feito sempre. Foram as raparigas quem menos fez sexo sob o efeito do álcool, sendo essa diferença estatisticamente significativa.
- Os estudantes masculinos que evitaram relações sexuais ocasionais referem como motivos a falta de preservativo; compromisso de fidelidade, ser tímido e ser oportunidade perigosa (falta de confiança, sob o efeito do álcool ou falta de condições). As estudantes femininas alegaram como motivos para terem evitado relações sexuais ocasionais: a existência de parceiro fixo (compromisso de fidelidade); o sentimento de si (respeito e responsabilidade); o tipo de relação sem sentimento (ausência de compromisso e ser ocasional) e ser oportunidade perigosa (falta de

confiança, desconhecer o parceiro e não corresponder ao seu ideal); assim como a falta de preservativo.

- No que respeita ao embaraço no uso do preservativo verificou-se uma média de embaraço total nos rapazes de 27.2 ± 9.8 e para as raparigas de 31.9 ± 12.6 , para um máximo possível de 90 pontos, com diferença estatisticamente significativa entre rapazes e raparigas. A escala permite avaliar três dimensões (aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos; negociação do uso do preservativo; uso propriamente dito do preservativo) e verificou-se, na análise por dimensões, que as raparigas apresentam valores médios de maior embaraço na dimensão aquisição, sem diferença na negociação ou uso.
- Questionados os estudantes se se consideravam em risco de serem infectados pelo VIH ou outra IST, tendo em conta o seu comportamento sexual, a grande maioria (86.3%) respondeu nenhum risco e 0.5% não sabia. Considerando que a maioria dos jovens refere nenhum risco (sem diferença entre género), analisou-se os dados desagregando-os segundo as respostas à questão “Fez sexo desprotegido” Saliente-se que dos 296 jovens que refere ter feito sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses 81.1% considera-se sem risco de contrair IST e apenas 1.7% se considera com elevado risco. Desagregando os dados segundo a resposta à questão “Fez sexo sob o efeito do álcool”, verificou-se que 80.9% dos jovens fez sexo desprotegido sob o efeito do álcool e considera-se sem risco de contrair IST e apenas 1.8% se considera com elevado risco.

Dos 572 estudantes inquiridos verificaram-se os seguintes comportamentos de adesão às medidas de protecção sexual, nos últimos seis meses: 17,1% estudantes (55 masculinos e 43 femininos) fizeram teste VIH; 12,6% (32 masculinos e 55 femininos) não tiveram parceiro sexual (abstinentes); 58,9% (185 masculinos e 152 femininos) tiveram apenas 1 parceiro sexual (fidelidade), 46,2% (152 masculinos e 122 femininos) tiveram mais do que um parceiro mas nunca fizeram sexo desprotegido e 56,6% (179 masculinos e 145 femininos) não fizeram sexo desprotegido sob o efeito do álcool.

Na análise inferencial, desagregaram-se os dados por comportamentos de adesão à protecção sexual dicotomizando-os (tem ou não tem), para cada uma das dimensões.

Verificou-se que:

- Tanto os rapazes e como as raparigas que apresentam maior grau de alcoolemia e de embriaguez nas festas anteriores, são os que mais referem terem tido 2 ou mais parceiros sexuais, considerando os últimos 6 meses.
- Os rapazes que mais referem terem tido 2 ou mais parceiros sexuais, considerando os últimos 6 meses, apresentam mais embaraço na negociação do uso do preservativo do que os que são abstinentes ou têm apenas 1 só parceiro (fidelidade).
- As raparigas que apresentam maior grau de alcoolemia são as que menos referem ter feito o teste de VIH, considerando os últimos 6 meses.
- Os rapazes e as raparigas mais velhos, com maior número de matrículas e de festas frequentadas são os que referem mais já ter utilizado o preservativo. Dos estudantes que referem não ter utilizado o preservativo são os rapazes que apresentam valores mais elevados na dimensão embaraço na posse/aquisição e as raparigas na dimensão embaraço na negociação.
- Os rapazes e as raparigas mais velhos, com maior número de matrículas e média de embriaguez mais elevada na última festa académica frequentada são os que referem mais terem tido sexo desprotegido com 2 ou mais parceiros, nos últimos seis meses.
- Nos rapazes são os mais velhos, com maior número de matrículas, maior número de festas académicas frequentadas e média de embriaguez mais elevada na última festa académica frequentada (mais de 70% das noites), os que mais referem ter feito sexo desprotegido sob o efeito do álcool, nos últimos seis meses. Estes referem menos embaraço na posse/aquisição de preservativo.
- Nas raparigas são as que têm com maior número de matrículas, maior alcoolemia (superior a 1g/l) e média de embriaguez mais elevada na última festa académica frequentada (mais de 50% das noites), as que mais referem ter feito sexo desprotegido sob o efeito do álcool, nos últimos seis meses. As raparigas que nunca fizeram sexo desprotegido são as únicas com 0.0g/l de alcoolemia.
- Os rapazes que consideram ter risco de ser infectado por VIH ou outra IST são os que apresentam maior embaraço no uso do preservativo, especialmente na negociação.
- Raparigas e rapazes com maior alcoolemia são os que têm maior número de parceiros, mais usaram o preservativo, mais gastaram por noite e mais fizeram sexo

desprotegido sob o efeito do álcool sendo que, destes, 100% dos rapazes e 70% das raparigas, se embriagaram todas as noites frequentadas.

- As raparigas abstinentes, ou que nunca fizeram sexo desprotegido, gastam menos do que as que tiveram sexo desprotegido com dois ou mais parceiros nos últimos seis meses;

Em suma, encontrou-se diferença nas características individuais dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual. Não se encontrou correlação positiva entre percepção de risco e adesão às medidas de protecção sexual. Os jovens do ensino superior que demonstram embaraço no uso do preservativo são os que exibem menor adesão às medidas de protecção sexual e existe diferença no padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos jovens do ensino superior que reflectem diferença na adesão às medidas de protecção sexual.

Decorrente dos resultados deste estudo, seria interessante aprofundar o estudo da auto-percepção do risco/vulnerabilidade, no sentido de tentar compreender a sua relação com a adesão às medidas de protecção sexual, uma vez que neste estudo se encontrou uma correlação negativa (estudantes com maior auto-percepção do risco, foram os que fizeram sexo desprotegido mais vezes sob o efeito do álcool e com dois ou mais parceiros). Seria, também interessante perceber os motivos que levam os estudantes mais velhos a usar de forma inconsistente o preservativo, ou de que forma o facto de terem um só parceiro os leva ao abandono das medidas de protecção. Sugere-se também o estudo da influência monetária na adesão às medidas de protecção, uma vez, que neste estudo os que mais gastaram por noite foram os que menos usaram preservativo nas relações sexuais com dois ou mais parceiros, o que parece predizer que a questão dos preservativos serem caros não tem influencia sobre a sua utilização, uma vez que quem mais gasta é quem mais dinheiro tem. Os resultados encontrados mostram, também, que alguns aspectos podem estar ligados à condição da mulher, apontando para a necessidade de estratégias que visem aumentar a conscientização das jovens para estas situações. Os comportamentos de adesão às medidas de protecção, continuam muito aquém do que seria desejável face à epidemia do VIH/Sida.

Sugere-se, ainda, a realização de estudos sobre a dinâmica do comportamento sexual e de uso de substâncias, essenciais para o desenvolvimento de abordagens estratégicas na redução dos riscos e de estudos que avaliem a eficácia e impacto das intervenções

percepcionadas como mais eficazes. Como estratégias de actuação sugere-se: exploração e determinação de estratégias futuras para melhor influenciar os jovens adultos na adopção de comportamentos sexuais seguros; a análise dos factores comportamentais que podem alterar a eficácia das intervenções para melhor compreender a adopção das recomendações preventivas; determinação das componentes dos programas de intervenção que são responsáveis por mudanças observadas no comportamento e nas atitudes dos jovens; implementar e avaliar a eficácia de estratégias e programas de educação, prevenção e de mudança de comportamento, baseados em modelos teóricos bem fundamentados (Cruz *et al.*, 1997).

Como referido anteriormente, esta investigação foi feita no âmbito do projecto “Antes que te Queimes”, que realiza intervenção educativa em contexto recreativo para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e aumentar a adesão a medidas de protecção através de acções de diagnóstico, informação e intervenção com educadores de pares, nas festas académicas. Esta iniciativa tem como principal objectivo a minimização de danos e a redução de riscos através do aconselhamento personalizado, aconselhamento par a par. Esta forma de intervenção começa a estender-se. A Queima das Fitas da Covilhã tem já projecto semelhante que contou com a formação e experiência do “Antes que te Queimes” para se iniciar. Entende-se, que a presente investigação será uma mais-valia para esta acção na medida em que fornece dados das determinantes do comportamento sexual dos jovens estudantes universitários que frequentam a festa académica, que são a população-alvo, permitindo uma intervenção mais dirigida e um aconselhamento baseado em dados científicos que apoiam a acção realizada. Os dados deste estudo permitem fundamentar estratégias de conscientização para a redução do consumo de bebidas alcoólicas nas raparigas e a introdução de estratégias de negociação do preservativo, durante o aconselhamento de um estudante que revela não ter utilizado preservativo. Julga-se que a presente investigação fornece informação relevante para os que estão envolvidos (ciências da saúde e educação) na intervenção e promoção de saúde na área dos comportamentos sexuais e VIH/Sida com jovens estudantes do ensino superior, e que essas informações deverão ser enquadradas nas estratégias de intervenção, uma vez que fornecem informações sobre algumas das determinantes do comportamento sexual dos jovens estudantes universitários.

BIBLIOGRAFIA

- Agante, D. (2009). *Comportamentos Relacionados com o Consumo de Bebidas Alcoólicas Durante as Festas Académicas nos Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Alferes, V. (2002). *Encenações e Comportamentos Sexuais para uma Psicologia Social da Sexualidade*. 2ª Edição. Porto. Edições Afrontamento.
- Almeida, A. (2006). Droga na UE: Jovens que Frequentam Festas Têm Mais Probabilidades de Consumir. In: *Derivas*. Agência Lusa, Bruxelas, Novembro.
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O Guião e as Teorias Implícitas da Personalidade nos Comportamentos de Protecção Sexual*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alves, V. (2006). Drogas: À Medida dos Diferentes Tipos de Música Electrónica. In: *Jornal de Notícias*. 20 de Março, p. 15.
- Antunes, M. (2007). *Atitudes e Comportamentos Sexuais de Estudantes do Ensino Superior*. Coimbra. Formasau.
- Ballone, G. (2004). Desejo sexual. In: *PsiquWeb*. [Em linha]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>. [Consultado em 4/11/2009].
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Bellis, A., Hughes, K., Lowey, H. (2002). *Healthy Nightclubs and Recreational Substance Use: From a Harm Minimisation to a Healthy Settings Approach*. [Em linha] disponível em <http://www.sciencedirect.com> [Consultado em 10/11/2009].
- Bellis, M. *et al.* (2008). Sexual uses of Alcohol and Drugs and the Associated Health Risks: A Cross Sectional Study of Young People in Nine European Cities. In: *BMC Public Health*, 8(155), Maio.
- Brito, I. (2009). Promoção da Saúde nos Jovens Utilizando a Educação por Pares: Intervenções com Estudantes de Enfermagem e Jovens Enfermeiros. *Enfermagem e o Cidadão. Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 19, pp. 6-7.

- Brito, I. (2010). Projecto Aposta nas Raparigas Porque Elas Bebem Mais. [Em linha]. Disponível em <http://www.destak.destak@pt>. [Consultado a 10/03/2010].
- Brito, I. *et al.* (2007). Antes que te queimes: intervenção de educação pelos pares. Revista Paraninfo Digital, 2. [Em linha]. Disponível em <http://www.index-f.com/para/n2/055.php>. [Consultado a 27/03/2009].
- Calado, V. (2007). Trance Psicadélico, Drogas Sintéticas e Paraísos Artificiais – Representações: Uma Análise a Partir do Ciberespaço. In: *Toxicodependências*. Edição IDT. 13(1), pp. 21-28.
- Calafat, A. *et al.* (1999). *Night Life in Europe and Recreative Drug Use*. SONAR 98. IREFREA.
- Calafat, A. *et al.* (2001). *Risk and Control in the Recreational Drug Culture: Sonar Project*. Irefrea. Valência.
- Calafat, A. *et al.* (2003). *Enjoying the Nightlife in Europe: The Role of Moderation*. Irefrea. Valencia.
- Câmara, S. (2005). Comportamentos de Risco entre Jovens. In: *Psico*. 36 (1), pp. 89-97. Janeiro/Abril.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades Humanas, Amor e Loucura: Conferências de Psicanálise*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.
- Cardoso, L., Malbergier, A., Figueiredo, T. (2008). O Consumo de Álcool como Factor de Risco para a Transmissão das DSTs/HIV/Aids. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35(1), pp. 70-75.
- Cardoso, S. (1997). Mecanismos Neurais do Comportamento Sexual. [Em linha] disponível em <http://www.cerebomente.org>. [Consultado em 4/11/2009].
- Carmo, H. e Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação: Guia para a Auto-aprendizagem*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Carvalho, M. (2007). *Culturas Juvenis e Novos Usos de Drogas em Meio Festivo: O Trance Psicadélico como Analisador*. Porto. Campo das Letras.
- CIPE/ICNP (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: versão Beta.IGIF/APE.

- Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa Perspectiva de Educação para a Saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de Mestre em Educação.
- Costa, A. (2008). As Drogas Estão de Volta. In: *Seleções Reader's Digest*.
- Costa, M. et al. (2001). Sexualidade na Adolescência: Desenvolvimento, Vivência e Proposta de Intervenção. In: *Jornal de Pediatria*. 77 (2), pp. 217-224.
- Costa, R. (2005). Portugal não se transformou num “Paraíso das drogas”. In: *Jornal “A Página”*. nº 149, ano 14, Outubro, p. 37.
- Cruz, J. et al. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos Adolescentes e Jovens Adultos: Investigação do Conhecimento, atitudes e comportamento sexual. In: *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2, pp. 279-304.
- Dias, S. (2009). *Comportamentos Sexuais nos Adolescentes: Promoção da Saúde Sexual e Prevenção do VIH/SIDA*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, S., Gonçalves, A. (1998). *Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Promoção de Comportamentos Sexuais Saudáveis e Prevenção do VIH/SIDA/DST's*. Projecto co-financiado pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA “CRIA 98”, N4606.
- Diniz, R., Saldanha, A. (sd). *Comportamento Sexual e AIDS em Adolescentes de Escolas públicas e privadas*. Universidade Federal de Paraíba. Brasil.
- DGIDC, (2007). *Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoactivas em Meio Escolar*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. [Em linha] disponível em <http://sitio.dgicd.min-edu.pt>. [Consultado em 4/11/2009].
- Ferreira, A., Neto, M. (2000). Inventário de Relações Interpessoais: Procedimentos de Construção e de Validação. In: *Transição para o Ensino Superior*. Braga. Universidade do Minho, Conselho Académico. pp. 91-97.
- Ferreira, M. (2006). *Sexualidade e Desenvolvimento Humano*. Monografia apresentada ao Departamento de Biologia da Universidade Federal de Lavras.

- Figueiredo, M. (2006). *A universidade e a Academia no espelho das tradições académicas: o caso de Coimbra/Porto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Figueiredo, R. et al. (2008). *Comportamento Sexual, Uso de Preservativos e Contracepção de Emergência por Adolescentes do Município de São Paulo - estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio*. São Paulo, Brasil.
- Filho, P. et al. (2001). Emprego do Questionário CAGE para Detecção de Transtornos de Uso de Álcool em Pronto-Socorro. In: *Rev Ass Med Brasil*; 47(1), pp. 65-69.
- Fonseca, E. (2007). As Competências Afectivo/Emocionais na vivência da Sexualidade dos Adolescentes. In: *Sinais Vitais*. 72, Maio, pp. 25-27.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Lusociência. Loures.
- Freitas, H. (2004). *Adaptação do estudante do Ensino Superior e rendimento académico: um estudo com estudantes do primeiro ano de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Coimbra, Portugal.
- Freitas, M. (2003). Conhecimentos, Opiniões e Comportamentos Face à SIDA de uma População Universitária. [Em linha] disponível em <http://www.aids-congress.net> [Consultado em 03/01/2010].
- Galhardo, A., Cardoso, I., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), pp. 71-77.
- Gaspar, A. (2009). *Atitude das Mulheres Toxicodependentes face à utilização do preservativo*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.
- Gaspar, T. et al. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes Face ao VIH/SIDA em Adolescentes Migrantes. In: *Psicologia, Saúde e Doenças*. 7(2), pp. 299-316.
- Gir, E., Nogueira, M., Pelá, M. (2000). Sexualidade Humana na Formação do Enfermeiro. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 8(2), Abril, pp. 33-40.
- Gomes, M. (2006). *Modos de Percepção das Drogas em Portugal: Resultados preliminares*. CIES e Working Paper nº 18.

- Gonçalves, F. (2000). Movimentação das expectativas dos Alunos Durante o Decurso do seu Primeiro Ano de Universidade. In: *Transição para o Ensino Superior*. Braga. Universidade do Minho, Conselho Académico. pp. 111-117.
- Gonçalves, M. (2004). *Vulnerabilidade e Resiliência em Jovens na Transição para a Vida Adulta: Estudo de uma Amostra Masculina*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Goulão, J. (2005). *Portugal Não se Transformou Num "Paraíso das Drogas"*. [Em linha] disponível em <http://www.apagina.pt> [Consultado em 10/11/2009].
- Grácio, J. (2009). *Determinantes do Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Estudantes do Ensino Superior de Coimbra*. Dissertação Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Grupo de Trabajo de Promocion de la Salud, (2002). *Ganar Salud con la Juventud*. Ministério da Saúde e Consumo.
- GTES, (2007). *Relatório Final*. Lisboa.
- Henriques, S. (2002). Risco Cultivado no Consumo de Novas Drogas. In: *Sociologia*. nº 40, Set. Oeiras.
- Lakatos, E. e Marconi, M. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico*. 4ª Edição. Editora Atlas S.A. São Paulo.
- Lamy, A. (1990). *A Academia de Coimbra: 1537-1990*. Coimbra: Rei dos Livros.
- Lino, T. (2009). *O Impacto das Hormonas Sexuais nas Relações Interpessoais*. Trabalho apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa. Recuperado a 2 de Janeiro, 2010 de: <http://www.psicologia.com.pt>.
- Lomba, L. et al. (2008). Consumos e Comportamentos Sexuais de Risco na Noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT, 14(1), 31-41.
- Loureiro, C. (2001). A sexualidade Humana e o Papel do Enfermeiro. In: *Informar*. Ano VI, n. 24, pp. 32-35. Janeiro/Abril.
- Lourenço, M. (2002). Afectos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano. In: *Artigos*. 4(2), Março/Abril. [Em linha] em <http://www.saude-mental.org>. [Consultado em 02/01/2010].

- Mendes, F. (2005). *Drogas: E Porque Havemos de nos Preocupar com os Nossos Filhos...* CEIFAC. Coimbra.
- Moniz, M. (2007). Jovens Micaelenses Usam Mais Drogas que os Terceirenses... In: *Diário dos Açores*. Quarta-Feira, 27 de Junho.
- Moreira, M. (2002). *Adolescentes e Jovens do sexo Masculino: riscos de contrair HIV/AIDS ou DST ou Engravidar uma parceira*. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Brasil.
- Naik, A. (2000). *Drogas*. Geração Fixe.
- Nodin, N. (2001). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX*. Lisboa. APF.
- Nodin, N. (2008). Os Jovens Portugueses e a sexualidade, Presente, Passado e Futuro. [Em linha] em <http://www.sentidosesensacoes.pt>. [Consultado em 03/11/2010].
- O.E.D.T. (2002). *As Drogas em Destaque: O Consumo Recreativo de Drogas – Um Importante Desafio na UE*. Serviço de Publicações Oficiais da União Europeia.
- O.E.D.T. (2006). *O Consumo de Droga em Contextos Recreativos*. Serviço de Publicações Oficiais da União Europeia.
- Oliveira, A. (2008). *Preservativo, Sida e Saúde Pública: Factores que Condicionam a Adesão aos Mecanismos de Prevenção do VIH/Sida*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Oppermann, K. et al. (2002). Postura dos Universitários de Passo Fundo em Relação à contracepção e Prevenção de DSTs. In: *AMRIGS*. Porto Alegre. 46(3), Julho-Dezembro, pp.146-150.
- Pais, J. (1999). *Traços e Riscos de Vida: Uma Abordagem Qualitativa a Modos de Vida Juvenis*. Lisboa. Âmbar.
- Pereira, M., Freitas, F. (2001). *Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência*. Lisboa. Edições ASA.
- Pinheiro, M. (1994). *O Domínio das emoções e o desenvolvimento da autonomia: Contributos para o estudo do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário*.

- Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.
- Pinheiro, M. (2003). *Uma Época Especial: Suporte Social e Vivências Académicas na Transição e Adaptação ao Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3º Edição. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: Género e Saúde Sexual Reprodutiva*. Direcção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil dos Adolescentes. Lisboa.
- Quivy, R. e Compenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 2º Edição. Lisboa. Gradiva Publicações.
- Rádio Televisão Portuguesa, (2007). Estudo SIDAdania. [Em linha] em <http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>. [Consultado em 03/01/2010].
- Ravagni, E. (2007). *O que é a Sexualidade Humana?*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
- Relvas, J., Lomba, L., Mendes, F. (2006). *Novas Drogas e Ambientes Recreativos*. Loures. Lusociência.
- Rodrigues, C. et al. (2008). Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes. [Em linha] em <http://jovemsadavel.com.sapo.pt>. [Consultado em 04/01/2010].
- Roque, O. (2001). *Semiótica da Cegonha: Jovens, Sexualidade e Risco de Gravidez não Desejada*. Lisboa. APF.
- Sampaio, D. et al. (2007). *Grupo de Trabalho de Educação Sexual: Relatório de Progresso*. Ministério da Educação.
- Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares - Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Sarmiento, M. (2008). *Guia Prático sobre a Metodologia Científica para a elaboração, Escrita e Apresentação de Teses de Doutoramento, Dissertações de Mestrado e*

- Trabalhos de Investigação Aplicada*. 2ª Edição. Lisboa. Universidade Lusíada Editora.
- Seivoletto, S. *et al.* (1999). Relação entre Consumo de Drogas e Comportamento Sexual de Estudantes de 2º Grau de São Paulo. In: *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. 21(2), pp. 87-94.
- Sentidos e Sensações (2004). *Educação Sexual, as Atitudes e as Crenças*. [Em linha] disponível em <http://www.educacao.te.pt> [Consultado em 10/11/2009].
- Silveira, M. *et al.* (2006). Autopercepção de Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids em Mulheres. In: *Ver. Saúde Pública*. 36 (6), pp. 670-677.
- Simões, M. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sousa, B., Ferreira, S. (2003). Atitudes dos Adolescentes Face à Sexualidade. In: *Sinais Vitais*. 48, Maio, pp. 35-38.
- Taquette, S., Santos, F., Bastos, F. (sd). *Clinisex: Promovendo uma Sexualidade Saudável, Prevenindo Comportamentos de Risco e Prevenindo Uma Sexualidade Responsável*. Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- UNAIDS (2004). Making Condoms Work For HIV Prevention: *Cutting-edge Perspectives*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.
- UNESCO (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasil. [Em linha] disponível em <http://unesdoc.unesco.org> [Consultado em 10/11/2009].
- Vieira, C. *et al.* (sd). *Comportamentos de Risco em Mulheres Portuguesas: Percepção do Risco, Crenças e Atitudes Face à Transmissão do Hiv/Sida Através das Relações Sexuais*. [Em linha] disponível em <http://www.aidscongress.net> [Consultado em 10/11/2009].
- Vilar, D., Ferreira, P. (2008). *Associação Para o Planeamento da Família – A Educação Sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos e Fontes*. APF, Lisboa.

WHO (2006). *Global Strategy for the Prevention and the control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015*. WHO, Departement of Reproductive Health and Research. Geneva.

WHO (2008). 2005/06 International Report: Inequalities in Young People's Health. Copenhagen: Regional Office for Europe of World Health Organization. [Em linha] em <http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>. [Consultado em 15/05/2009].

WHO (2009). WHO Sexual and Reproductive Health Medium-term Strategic Plan for 2010-2015 and Proposed Programme Budget for 2010-2011. [Em linha] em <http://www.euro.who.int/Document>.

ANEXOS

Anexo I – Formulário de recolha de dados

CARACTERIZAÇÃO

Idade: _____ anos Género: ☐ M ☐ F Estabel. ensino _____ Nº de Matrículas _____

1. Nº festas académicas frequentadas _____

2. Porque vem à festa (assinale a ordem de importância)

A ☐ Diversão B ☐ Conhecer pessoas C ☐ Por tradição D ☐ Com os amigos E ☐ Para beber F ☐ Outra

PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

3. Qual o seu padrão de consumo habitual durante as festas académicas? (1 opção): 0. ☐ Não bebo

1 ☐ Bebo só na festa 2 ☐ Bebo antes e 3 ☐ Bebo depois de 4 ☐ Bebo desde o
durante a festa almoço até deitar levantar até ao deitar

4. Nº bebidas ingeridas: _____ Fermentadas _____ Destiladas Alcoolémia esperada _____ real _____ g/L

5. Na última festa académica, ficou "bêbedo"? 1 ☐ Sim 0 ☐ Não 6. Quantas noites? _____ em _____

7. Porque razão se embriagou? 1 ☐ Porque queria 2 ☐ Porque é divertido 3 ☐ Porque me pressionaram 4 ☐ Não me apercebi
5 ☐ Porque todos se embriagam 6 ☐ Outra _____

8. Ficou incapaz de se trabalhar/ir as aulas no dia seguinte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ NA

9. Durante o ano passado, quantas vezes sentiste culpa ou remorsos depois de beber?

0. ☐ Não 1. ☐ Sim, mas não no último ano 2. ☐ Sim, no ano passado

10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação ou sugeriu que reduzisses o consumo de álcool?

0. ☐ Não 1. ☐ Sim, mas não no último ano 2. ☐ Sim, no ano passado

11. Alguma vez sentiste necessidade de cortar com a bebida?

0. ☐ Não 1. ☐ Sim, mas não no último ano 2. ☐ Sim, no ano passado

12. Alguma vez te sentiste aborrecido com as críticas?

0. ☐ Não 1. ☐ Sim, mas não no último ano 2. ☐ Sim, no ano passado

COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AS MEDIDAS DE PROTECÇÃO SEXUAL

13. Traz preservativos? 0 ☐ Sim 1 ☐ Não 2 ☐ NR 14. Já alguma vez usou? 0 ☐ Sim 1 ☐ Não 2 ☐ NA

15. Durante os últimos 6 meses: Quantos parceiros sexuais teve? _____

16. Quantas vezes fez sexo desprotegido (sem preservativo, inclui sexo oral) 0 ☐ Nunca 1 ☐ 1 vez 2 ☐ Quase sempre 3 ☐ Sempre

17. Quantas vezes evitou ter relações sexuais ocasionais nos últimos 6 meses? _____ 18. Porque evitou?

19. Quantas vezes fez sexo sob o efeito de álcool? 0 ☐ Nunca 1 ☐ 1 vez 2 ☐ Quase sempre 3 ☐ Sempre

PERCEPÇÃO DE RISCO

20. Tendo em conta o seu comportamento sexual, considera-se em risco de ser infectado por VIH ou outra IST (1 opção):

0 ☐ Nenhum risco 1 ☐ Sim, algum risco 2 ☐ Sim, risco elevado 3 ☐ Não sei

21. Já alguma vez fez o teste VIH/Sida? 0 ☐ Sim 1 ☐ Não 22. Se sim quando foi a última vez _____/____

EMBARAÇO LIGADO AO USO DO PRESERVATIVO

23. Caso seja utilizador de preservativos, gostaríamos de recolher a sua opinião acerca dos mesmos

Escala do Emarço Ligado ao Uso do Preservativo (Assinala a com um X a opção que melhor corresponde à tua opinião de acordo com a seguinte graduação: 1 - discordo fortemente; 2 - discordo; 3 - estou indeciso; 4 - concordo; 5 - concordo fortemente)

Fico ou ficaria embaraçado(a) se...	DM	D	NS	C	CM
Tivesse de adquirir preservativos num supermercado perto da faculdade.	1	2	3	4	5
Tivesse de adquirir preservativos perto da casa dos meus pais.	1	2	3	4	5
Tivesse de adquirir preservativos num sítio onde pudesse e ser visto(a) por pessoas conhecidas	1	2	3	4	5
Tivesse de adquirir preservativos dentro da Faculdade.	1	2	3	4	5
Tivesse de adquirir preservativos ao Centro de Saúde.	1	2	3	4	5
Numa farmácia ou supermercado, tivesse de perguntar ao empregado onde estão os preservativos	1	2	3	4	5
Tivesse que abordar com o(a) médico(a) ou com a(o) enfermeira(o) assuntos relacionados com o uso dos preservativos	1	2	3	4	5
Tivesse que interromper o jogo amoroso para pedir ao(à) meu(minha) parceiro(a) que use preservativo.	1	2	3	4	5
O(a) meu(minha) novo(a) parceira(o) insistisse para usarmos preservativo.	1	2	3	4	5
No meio do jogo amoroso tivesse que dizer ao(à) meu(minha) parceiro(a) que sem preservativo não faria sexo.	1	2	3	4	5
Por estar precavido(a) e puxar de um preservativo enquanto estivesse a fazer amor, caso o(a) meu(minha) parceiro(a) não tivesse nenhum.	1	2	3	4	5
Por andar com preservativos na saca ou na carteira.	1	2	3	4	5
Falasse com o(a) minha(me) parceira(o) sobre aquilo que sinto/penso a respeito do uso do preservativo	1	2	3	4	5
O meu(minha) parceiro(a) me visse com o preservativo na mão depois de o termos usado	1	2	3	4	5
(se és rapariga) Visse o meu companheiro a colocar o preservativo (se és rapaz) Se a minha parceira me visse a colocar o preservativo	1	2	3	4	5
(se és rapariga) Se ajudasse o meu parceiro a colocar o preservativo (se és rapaz) A minha parceira me ajudasse a colocar o preservativo	1	2	3	4	5
(se és rapariga) Ao ver o meu parceiro retirar o preservativo (se és rapaz) A minha parceira me visse retirar o preservativo	1	2	3	4	5
(se és rapariga) Ao ajudar o meu parceiro a retirar o preservativo. (se és rapaz) A minha parceira me ajudasse a retirar o preservativo.	1	2	3	4	5

Anexo II - Motivo pelos quais os rapazes evitaram relações sexuais ocasionais nos últimos 6 meses

Género masculino		
Categoria	Sub-categoria	Unidade registo
Ausência de preservativo		Todas as vezes que não tinha preservativos Sem protecção e sem local sem preservativo Porque não trazia protecção Porque não tinha preservativos (5x) Porque não estava protegido (4x) Não estava prevenido Porque faltava o preservativo
Compromisso	Compromisso	Tenho namorada (13x) Porque comecei a namorar Porque tenho compromisso Porque sou comprometido (2x) Namoro (7x) Comprometido
	Fidelidade	Sou fiel à minha namorada (3x) Sou muito fiel Por fidelidade
	Respeito	Respeito pela namorada (2x) Por respeito à parceira
	Responsabilidade	Responsabilidade amorosa
Princípios	Responsabilidade	Sou responsável Respeito a si próprio Porque não queria, porque não gosto deste tipo de relações Por princípios morais Não gosto Não concordo, por ser ocasional Porque não tenho relações ocasionais Considero-me uma pessoa séria
	Sentimentos	Razões sentimentais Questões sentimentais
	Não querer	porque não queria (4x) Porque não senti que queria fazer Porque não gosto de o fazer Porque não gosto Por não ter significado Não faz sentido Não estava inclinado
	Por opção	Acho que era a melhor coisa Achei que era melhor
Personalidade	Tímidez	Sou tímido
	Baixa auto-estima	Porque ninguém me convida. Sou feio
Masculinidade		Sou homem

Género masculino		
Categoria	Sub-categoria	Unidade registo
Tipo de oportunidade	Falta de oportunidade	Nunca evito, eu também queria Não surgiu oportunidade Não se proporcionou Não houve oportunidades Falta de oportunidade Não aconteceu
	Insegura	Não achei seguro Por ser inseguro
	Perigosa	Por ser perigoso
	Sob efeito do álcool	Porque senti que era fruto do álcool e não havia necessidade Porque estava embriagado (4x) Porque estava demasiado embriagado (4x) Excesso de álcool
	Falta de condições	Porque não estavam reunidas as condições Não me sentia à vontade com a pessoa
	Falta de interesse	Porque não me interessava (2x) Não interessava (2x) Falta de interesse Não sei
	Falta de vontade	Não queria (5x) Não me apetecia (2x)
Parceira	Alcoolizada	Porque as raparigas estavam bêbedas Porque a jovem estava muito embriagada
	Desinteresse pela parceira	Porque o parceiro não me atraiu Porque não gostava das pessoas Porque era feia (2x) O parceiro não me motivou Não estava satisfeito com as pessoas em questão
	Falta de confiança	Não confiava Por uma questão de desconfiança. Não vale a pena
	Desconhecer a parceira	Porque não conhecia as pessoas Porque era uma desconhecida Não conheço as pessoas Não conhecia
	Dúvida	Depende da parceira Não sabia se estava dentro dos conformes
Não evitou		Nunca evitei, no momento nunca se pensa Nunca evitei Não evitou
Ausência de oportunidade		Nunca me aconteceu
Razões pessoais		Motivos emocionais Adormeci Por consciência Por evitar Por causa do risco e porque não estava bêbado o suficiente
	Medo	Porque me lesam o pénis

Anexo III - Motivo pelos quais as raparigas evitaram relações sexuais ocasionais nos últimos 6 meses

Género feminino		
Categoria	Sub-categoria	Unidade registo
Existência de parceiro fixo	Compromisso	Tenho namorado (9x) Porque namoro Por ter namorado Tinha a certeza e confiava no parceiro
	Fidelidade	Sou fiel (2x) Sempre, sou fiel (2x) Questões de fidelidade Porque tenho namorado (2x) Porque sou fiel ao namorado (2x) Fidelidade Por motivo de traição
Sentimento de si	Respeito	Respeito por mim própria Respeito a mim própria
	Responsabilidade	Porque não, é irresponsável
Tipo de relação	Não estável	Prefiro relações estáveis
	Ocasional	Sempre, porque não acredito em relações ocasionais Porque não queira fazer com parceiro ocasional Porque não gosto de relações ocasionais Porque não era o namorado Porque não era o meu parceiro Porque não é meu hábito ter relações ocasionais Porque não é adepto desse tipo de relações Por ser ocasional Não gosto de relações ocasionais porque tenho namorada
	Valor sentimental	Porque tem de ter amor As relações sexuais têm valor sentimental
Tipo de sentimento	Ausência de Atracção	Não me sentia atraída
	Falta de confiança	Porque só o faço com alguém com quem tenha confiança
Parceiro	Desconhecer o parceiro	Não sou capaz de estar com alguém que não conheço Porque não conheço as pessoas e não vou ter relações com eles Porque não conhecia as pessoas muito bem Porque só o tinha conhecido nessa noite e não me sentia bem Não o conhecia
	Não corresponder ao seu ideal	Não era o parceiro ideal Não era a pessoa ideal

Género feminino		
Categoria	Sub-categoria	Unidade registo
Parceiro (cont.)	Consciência do risco	Porque sou consciente de tudo Tenho consciência dos riscos Porque não é seguro Porque é perigoso
Princípios	Não querer	Porque não quis (2x) Porque não queria (10x)
	Considerar um comportamento incorrecto	Porque não acho correcto
	Falta de interesse	Porque não tinha vontade Porque não me apeteceu Porque não estava interessada Nunca quiz ter esse tipo de relacionamentos Não tinha interesse Não me apetecia (2x) Porque não valia a pena Nunca fiz
Tipo de oportunidade	Ser precoce	Porque era cedo Considerei precoce
		Falta de protecção Não tinha preservativos (2x) Por causa da menstruação e o não uso de preservativo Por falta de protecção e por motivos pessoais
Ausência de preservativo		Porque nunca tive oportunidade Porque nunca se proporcionou (3x) Nunca tive propostas (2x) Não vêm ter comigo Não tive propostas Não houve oportunidade Não houve abordagens Não houve mais relações
Ausência de oportunidade	Avaliação risco/benefício	Não é seguro Não queria complicações
Razões pessoais	Princípios	É incorrecto Porque isso não é assim Por uma questão de princípios Porque sim
	Personalidade	Não faz parte da minha personalidade
	Estado de consciência	Alcoolizada
Não evitou		Nunca evito